

DE LA

MÉTHODE SANGLANTE

DANS LES

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

PAR

Le Dr W. GRÉGORY
Ancien interne de l'hôpital Saint-André,
Ancien premier interne de l'hôpital des Enfants-Malades de Bordeaux,
Ancien prosecteur et aide de clinique de l'École de médecine de la même ville,
Prosecteur de la Faculté de médecine de Bordeaux (Concours 1878).



PARIS
V. ADRIEN DELAHAYE et Cie LIBRAIRES-ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1879

A MON AMI POINSOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux

INTRODUCTION

« L'habitude de tout nier du premier coup d'œil est aussi funeste que celle de tout admettre sans contrôle. »
(MARCHAL, de Calvi).

Elevé à l'école d'un maître partisan déclaré de la section interne des rétrécissements de l'urèthre, il m'a été donné pendant mon internat à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, dans le service du regretté professeur Labat, de juger et d'apprécier les résultats fournis par ce procédé.

Les insuccès nombreux enregistrés par ce chirurgien habile et les autres opérateurs de l'Hôtel-Dieu bordelais éveillèrent de bonne heure mon attention sur la valeur de l'uréthrotomie et me poussèrent bientôt à approfondir la vérité des allégations des partisans de cette opération.

Les discussions longues et si intéressantes de la Société de chirurgie de Paris sur la matière éclairèrent mon esprit d'une vive lumière et me montrèrent vite que je n'avais pas fait fausse route en entrant dans la voie que je suivais.

Loin de combattre les résultats désastreux fournis par les incisions intra-urèthrales entre les mains des chirurgiens bordelais, les observations constituant les statistiques des autres opérateurs français et étrangers en s'y ajoutant sont venues les confirmer et changer le doute primitif de mon esprit en une conviction profonde, des dangers immédiats et les résultats éloignés mauvais de cette opération, qui tend chaque jour à entrer plus profondément dans la

thérapeutique chirurgicale des coarctations de l'urèthre au détriment de la méthode plus sûre de la dilatation.

Ce fait acquis pour moi, des dangers et des insuccès de l'uréthrotomie de dedans en dehors, je fus désireux de savoir quels étaient les résultats donnés par le procédé opposé, par l'uréthrotomie externe. Mon étonnement a été grand en reconnaissant que la section périnéale, considérée par tous les chirurgiens comme d'une gravité excessive, était, au contraire, d'une bénignité plus grande et d'une efficacité plus durable que sa rivale, la section interne.

Les praticiens habitués à penser autrement jugeront mon opinion paradoxale, ou croiront que les chiffres consultés par moi m'ont induit en erreur.

Qu'ils veuillent attendre seulement pour me faire ce reproche d'avoir parcouru les pages qui composent mon travail, et d'avoir consulté les statistiques sur lesquelles est basée l'opinion que j'émets ; elle repose, je le dis tout de suite, sur les observations comprenant tous les faits en séries continues publiés par les auteurs français et étrangers soit 916 cas d'urétrotomie interne et 992 d'urèthrotomie externe.

Dans le cours de ce travail, j'ai écarté avec un soin jaloux les faits isolés publiés dans les mémoires, recueils et publications diverses, persuadé que les statistiques reposant sur une base pareille ne peuvent que conduire à une opinion erronée et à des résultats contraires à la vérité celui qui agirait ainsi. Chassagnac (1) l'a dit, il y a déjà longtemps, en montrant les inconvénients de cette façon de procéder. J'ai suivi en tous points ses indications ; aussi me crois-je autorisé à supposer que les chiffres que je pré-

(1) Chassaignac. Des opérations applicables aux fractures compliquées. Thèse d'agrégation, 1850, p. 88.

sente aujourd'hui ont une grande valeur et légitiment les conclusions que j'en ai tirées.

Ces préliminaires indispensables établis, voici comment j'ai compris la lourde tâche que je m'étais imposée.

Longtemps j'ai hésité à faire précéder mes recherches d'un *historique* de la méthode sanglante ; celui-là seul blâmera mon hésitation, qui ignore de quelle façon cette question a été traitée par Voillemier (1), Thompson (2) et Verneuil (3). Après de pareils moissonneurs, il semble qu'il y ait bien peu à glaner dans le champ de l'histoire d'une méthode chirurgicale ; cette défaillance de ma part a cependant été de courte durée, et c'est à celui des trois qui m'effrayait le plus de venir après lui que je dois d'avoir abandonné toute crainte et de m'être mis avec ardeur à la recherche des matériaux nécessaires à l'édification des origines de l'intervention sanglante dans les strictures de l'urèthre. C'est à Verneuil (4) disant : « C'est moi seul qu'il faut croire, car je te dis d'y aller voir », c'est à Verneuil invitant le chercheur à ne jamais jurer sur la parole du maître qu'après vérification faite, que je suis redevable de ne pas avoir failli dans la tâche immense nécessitée par le contrôle des auteurs. Je n'ai pas eu à regretter d'avoir modifié mon opinion primitive, car des documents précieux attribuant l'honneur de l'invention de l'uréthrotomie périnéale pour coarctations uréthrales à la chirurgie italienne seraient

(1) Voillemier. Traité des maladies des voies urinaires. Paris, 1868, pp. 244 et 310.

(2) Sir H. Thompson. The path. and treatment of stricture of the urethra, 3e édit. London, pp. 187 et seq., pp. 201 et seq., pp. 218 et seq.

(3) Verneuil. Note historique et critique sur l'uréthrotomie externe avant le XVIIIe siècle, p. 328 des Arch. gén. de méd., 1857, vol. II, 5e série, t. X.

(4) Verneuil. Chirurgie réparatrice. Paris, 1877, p. 969.

demeurés inconnus. J'ai eu, en effet, le bonheur de mettre la main sur deux passages inédits des auteurs italiens, qui établissent le fait d'une façon indiscutable.

J'espère qu'on ne m'adressera pas le reproche d'avoir cherché à faire étalage d'une érudition vaine et facile, car je puis affirmer que, dans mon historique, pas un renseignement bibliographique n'a été admis avant d'avoir été vérifié par moi-même, et que j'ai toujours eu présentes à la mémoire ces paroles de Broca : « Il y a une fausse érudition qui consiste à citer de seconde main sur la foi d'autrui des auteurs qu'on n'a jamais lus et à copier des renvois bibliographiques qui se sont transmis de livre en livre, en s'altérant chaque fois, sans que personne ait jamais pris la peine de les vérifier. On arrive ainsi à fournir un texte tout émaillé de citations, et on se donne à bon marché un vernis d'érudition et de polyglottisme qui remplit le lecteur d'admiration. Bien des renommées se sont édifiées sur de semblables bases. Ces renommées ont été ou seront passagères parce qu'elles sont de mauvais aloi. Lorsqu'on procède ainsi, on devient, sans le vouloir, le falsificateur de la science (1).»

Immédiatement après l'historique viennent les observations nombreuses qui me permettent d'établir mon opinion; elles peuvent être rangées sous trois titres. Les unes, comprises sous celui de *statistique personnelle*, résument à peu de chose près les sections urèthrales, soit internes, soit externes, pratiquées dans ces dernières années à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Les secondes, rangées sous la rubrique : *statistiques continues étrangères* n'ont trait qu'à l'uréthrotomie externe ; je les ai rapportées presque *in extenso* dans la persuasion qu'il

(1) Broca. Rapport sur le prix Duval pour l'année 1854.

pourrait être utile de présenter dans un seul mémoire des cas nombreux de sections périnéales épars dans les annales de la science française ou étrangère ; elles offrent encore un autre intérêt pour moi, celui d'éviter le reproche souvent adressé, avec juste raison, au chirurgien qui établit des conclusions sur les chiffres bruts sans que l'on sache à la vérité à quoi s'en tenir sur la valeur des observations qu'ils représentent.

J'ai aussi recueilli un assez grand nombre de faits isolés d'uréthrotomie externe dans les journaux ; bien qu'ils ne constituent pas des série continues, j'ai pensé que j'aurais tort de me priver de leur secours, car ils peuvent servir sinon à une discussion complète de la valeur de la division externe de strictures, du moins à faire voir quelle est la simplicité ou la gravité de ses suites.

Je n'ai pas ainsi procédé à l'égard des observations d'uréthrotomie interne, par la raison que celle-ci aujourd'hui considérée comme une opération des plus simples ne demandait pas à être défendue et qu'il eût été peu intéressant de parcourir la longue série des cas de section interne rapportés dans les thèses. Qu'on ne conclue pas cependant de cette exclusion à un sentiment de partialité de ma part envers l'opération dont je discute les mérites, car j'aurai toujours soin de lui rendre justice suivant les cas.

Cet exposé du contenu de ma thèse me permet de la diviser en trois parties :

Première partie : Historique ;

Deuxième partie : Observations ;

Troisième partie : Discussion.

Avant de finir cette introduction, il m'incombe un devoir de reconnaissance que je remplis avec plaisir, celui d'adresser mes remercîments sincères au chirurgien éminent de Strasbourg, Eugène Bœckel, au Dr Félix Bron, de Lyon,

si connu par ses publications estimées sur les maladies des voies urinaires, à l'illustre praticien italien Rizzoli, de Bologne, au Dr A. Pearce Gould, professeur d'anatomie à *University college* pour l'empressement et l'amabilité qu'ils ont mis à répondre à mes diverses demandes.

DE

LA MÉTHODE SANGLANTE

DANS LES

RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE

HISTORIQUE

Celui qui suit les autres n'ira jamais devant.

(MICHEL-ANGE).

L'idée d'une opération sanglante applicable à la cure des rétrécissements du canal de l'urèthre ne remonte pas à une époque antérieure à la fin du XVIe siècle.

Jusque-là l'emploi des bougies et des caustiques domine la thérapeutique chirurgicale des coarctations; mais l'insuffisance ou le danger de ces agents ne tardant pas à être démontrée, engage les chirurgiens à une intervention plus active ; la méthode sanglante entre dans la pratique. Deux voies se présentaient à l'opérateur désireux d'apporter un soulagement à cette terrible complication des inflammations ou des traumatismes des voies génito-urinaires : toutes deux sont suivies : les uns partisans dévoués de la cautérisation, timides adeptes d'une méthode qui les effraie,

cherchent à se frayer une route par l'intérieur du canal ; les autres, à la tête desquels marchent le plus fameux lithotomiste du temps, acceptent résolûment la nécessité de leur intervention et, sans reculer devant la vue du sang et les difficultés des manœuvres opératoires, fendent largement l'urèthre de dehors en dedans.

Mais les dangers inhérents à cette méthode font qu'au début elle n'est mise en pratique que par quelques rares opérateurs qui voient plutôt dans leur intervention un moyen d'arriver à la cure rapide d'un des principaux symptômes des angusties uréthrales, la rétention urinaire, qu'un moyen efficace d'assurer la guérison durable de la lésion principale ; aussi est-elle vivement incriminée ou considérée avec dédain pendant tout le XVIIe, le XVIIIe et le commencement du XIXe siècle. Durant toute cette période, quelques rares chirurgiens seulement y ont recours, et la cautérisation, la dilatation ou le cathétérisme forcé et la ponction de la vessie, dans les cas graves, règnent presque sans partage et rallient à eux l'immense majorité des opérateurs.

Sous les attaques passionnées de l'illustre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, Desault, la méthode sanglante tombe dans le discrédit le plus complet.

Elle semblait vouée à l'oubli, lorsque vers la fin de la première moitié de notre siècle, deux hommes dont le mérite est égal sur ce point, Reybard en France et Syme en Angleterre, reprennent à nouveau l'idée dont ils se font les défenseurs résolus. Le premier affirme la valeur du procédé de la section interne, seul traitement curatif des angusties uréthrales et trouve l'explication des dangers reprochés à ce modus operandi dans le fait de la timidité des opérateurs ; le second arrache à l'oubli la section périnéale et l'érige en méthode générale de traitement des strictures.

A partir de cette époque l'intervention sanglante a sa place assurée dans la thérapeutique des coarctations de l'urèthre. Encouragés par l'exemple et les succès de ces deux opérateurs, séduits par l'assurance de la guérison radicale de la lésion qui fait leur désespoir, les chirurgiens entrent sans crainte et même avec une audace aveugle dans la voie qu'on leur trace ; mais les revers ne tardent pas à assombrir les espérances, et la Société de chirurgie de Paris réédite contre la méthode sanglante la proscription fulminée contre elle par Desault et ses élèves.

Cette excommunication traduite par le cri de : « Point d'uréthrotomie ! » lancé par Vidal de Cassis, l'un des adversaires les plus acharnés de l'intervention avec l'instrument tranchant, ne suffit cependant pas cette fois à faire délaisser la section des rétrécissements ; conservée et appliquée avec persévérance par ses deux vulgarisateurs et par un grand nombre d'opérateurs, la méthode sanglante ne tarde pas à relever la tête et bientôt, ses indications en apparence établies, elle prend une place honorable qu'elle conserve encore aujourd'hui auprès de sa rivale heureuse, la dilatation.

Cet aperçu rapide de la marche suivie par la méthode sanglante à travers les siècles nous permet d'établir trois périodes distinctes caractérisant son évolution :

La première va de la date de sa naissance jusqu'à l'époque où elle succombe sous les efforts du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. C'est la *période de début.*

La seconde commence avec Syme et Reybard pour finir en 1855 après le bannissement dont la Société de chirurgie frappe la méthode sanglante. C'est la *période de renaissance.*

La troisième période ou *période d'état* prend son origine à peu près à ce moment pour venir jusqu'à nos jours.

PÉRIODE DE DÉBUT

Jusqu'à la fin du XVIe siècle, la dilatation et la cautérisation dominent sans partage la thérapeutique des rétrécissements du conduit uréthral ; dans les cas de coarctation telle du canal que la sonde ni l'urine ne peuvent le franchir, dans les cas de rétention urinaire, les chirurgiens ont recours à deux opérations qui portent en elle le germe d'une méthode curative nouvelle, le cathétérisme forcé et la ponction de la vessie qui se pratique soit au-dessus du pubis, soit à la région périnéale, où elle prend alors le nom de « boutonnière » (1).

(1) Dans l'étude des origines de l'uréthrotomie externe, beaucoup d'auteurs n'ont fait aucune distinction entre la boutonnière simple pratiquée dans le seul but de remédier à la rétention d'urine et la section périnéale qui, portant sur le point rétréci, était destiné à détruire la coarctation ; cette confusion établie entre deux opérations si dissemblables, a permis à certains d'eux d'avancer qu'au XIe siècle et même avant l'uréthrotomie externe était employée ; on a même été jusqu'à citer, comme l'ayant faite à cette époque, les deux Arabes Avicenne et Rhazès.

Voici les textes qui démontreront, une fois pour toutes, je l'espère, que ces deux opérateurs n'ont jamais songé à la section externe des rétrécissements uréthraux.

« Et quando urinæ fit difficultas et retinet « ea lapidis vesicæ », non est semita ad scindendum propter aliquid quod prohibet, aut propter timores, tunc de hominibus est aliquis qui ingeniat et in eo quod est inter ano et testiculos scissuram efficit parvam et ponit in eâ canulam ut egrediat. »

Celui-là seul qui connait l'anatomie de la région, dit Avicenne, pourra se permettre de tenir cette conduite ; car il faut éviter de léser le col de la veine, les canaux éjaculateurs et l'artère *bulbeuse* (?). L'hémorrhagie et les fistules consécutives sont à craindre. (AVICENNA. *Editio princeps* Mediolani per Phil. de Lavagnia, vol. II, Trac. 29, cap.: « Curationes lapidis vesicæ », 1473).

A cause de l'altération des textes des œuvres d'Avicenne, nous

L'insuffisance de la sonde servant au cathétérisme forcé, dans certains cas de rétrécissements calleux et résistants, fit armer son extrémité d'une partie aiguë et tranchante, destinée à faciliter la perforation ou la section de dedans en dehors du point rétréci ; c'est là l'origine de l'uréthrotomie interne, telle que nous la pratiquons aujourd'hui.

L'uréthrotomie externe, elle, fut inventée le jour où ceux qui faisaient la ponction de la vessie par le périnée eurent l'idée de comprendre dans la section nécessitée par cette manœuvre la coarctation elle-même.

A la chirurgie italienne revient l'honneur d'avoir la première appliqué la méthode sanglante aux rétrécissements de l'urèthre.

Jérôme Cardano, de Milan, Durante Scacchi, Marc-Aurèle Séverin et Alphonse Ferri, de Naples, la décrivent et la mettent en pratique à peu près tous vers la même époque ; ils trouvent son indication dans les dépôts durs et calleux qui obstruent le canal de l'urine et empêchent l'évacuation du liquide contenu dans la vessie.

Jérôme Cardano, qui occupait la chaire de médecine de

croyons faire œuvre utile en indiquant où se trouve le passage, que nous citons, dans les autres éditions que nous avons pu consulter.

Dans l'édition imprimée à Venise par les soins de Pierre Paufer en 1483, le chap. VI est intitulé : « De curationibus lapidis vesicæ », lib. III, fen. XIX, tract. 1.

Dans une autre édition, également imprimée à Venise, sous la direction de Philippe Pincius en 1523, le chapitre VI porte le titre : « De curatione lapidis vesicæ », Tract. 1, fen. XIX.

Quant à Rhazès, lorsqu'il y a difficulté d'uriner, il conseille des manœuvres qui semblent être du cathétérisme forcé : « Si autem mingendi difficultas post lapidis signa affuerit, eger supinus jaceat, et pedes ejus diversis modis quaciendi sunt. Et si urina non egressa fuerit, opportebit ut cum instrumento curetur, per quod membrum immissum sit impulsio..... » (Rhazès, libri decem. Lib. IX, cap. LXXIII, p. 170. Mediolani, 1481).

On ne trouve rien de plus se rapportant à la question.

Padoue, en 1540, dit : « Que si l'ischurie ne cède à aucun moyen, on a coutume d'agiter la question de savoir s'il faut faire le cathétérisme forcé, s'il faut avoir recours à la section dans l'endroit où se fait d'habitude l'extraction de la pierre, si l'on doit appliquer un médicament escharotique, après l'incision faite. Toujours en effet, dans les cas désespérés, il vaut mieux tenter une intervention quelque dangereuse qu'elle soit, pourvu qu'elle laisse un peu d'espoir, que de vouer le malade à une mort certaine... La section est incertaine », mais « si le rétrécissement est calleux, c'est la méthode la plus expéditive » (1).

Durante Scacchi est encore plus explicite sur la conduite à tenir quand les autres moyens, la dilatation et la cautérisation sont inefficaces ; il engage le chirurgien à recourir alors au couteau ou au cautère actuel employé de la façon suivante : « On pousse, dit-il, un cathéter par le canal urinaire jusqu'à la caroncule, et au point où l'on sent une résistance calleuse, une dureté ou une caroncule, on pratique une incision au-dessous sur la partie inférieure avec un couteau rougi ou non, jusqu'à ce qu'on mette à découvert la caroncule qu'on devra extirper complétement avec le fer rouge » (2).

(1) Hieronymi Cardani. Opera, t. VIII, p. 564. Comm. sur l'Aphor. 43, d'Hippoc. Lugduni, 1663.

Voici le texte latin :

« Quod si nullo securo auxilio ischuria sedatur, sit autem propria, id est non facta suppressio supra vesicam, oriri quæstio solet, an cathetera potius per vim sit immittenda, an sectio ubi lapis exstrahi solet, administranda, an escharoticum remedium superponendum, inde locus perforandus. Semper enim in deploratis casibus quam libet rationem quamvis non tutam, modo in eâ spes aliqua sit, tentendam esse quam certa morti ægrum destinare præstat. Itaque ex catheterâ per vim immissa dolores, ulcera phlegmonesque exictari solent; escharoticum medicamentum serius agit quam occasio postulet ; sectio incerta est... Sed si callus sit, sectio expiditior habenda est. »

(2) Durante Scaccho. « Subsidium medicinœ in qno quantum docta

Pour faire tomber l'eschare ainsi produite et entraîner une cicatrisation rapide, on place sur les parties externes un liniment composé d'un œuf battu dans l'huile de rose et jusqu'à la guérison complète on passe dans le canal une bougie préparée ou une sonde de plomb.

Marc-Aurèle Séverin approuve et conseille la façon de faire de son compatriote. « Pour le dire en un mot, ce mal requiert la main du chirurgien et qu'on ouvre avec le fer l'endroit qui respond au mal, comme aussi qu'on consume avec le feu, ce qui le fomente comme c'est l'avis de D. Scacchius.... » (1).

manus præstet ad immanes morbos evellendos mirum in modum elucescit. » Urbini, 1596, pp. 180-81, cap. VIII : « De caruncula in collo vesicæ genita. »

Le texte latin qui donne à D. Scacchi l'honneur d'avoir le premier décrit l'uréthrotomie externe sans conducteur vaut la peine d'être cité :

« Si autem hæc non sufficiant transeundum erit ad actuale cauterium hoc, modo scilicet imponatur syringa in fistula urinaria ut pertingat carunculam et ubi invenit resistentiam callosam, duritiem seu carunculam, ibi in parte inferiori fiat incisio cum ferro ignito vel non ignito, donec caruncula in conspectum appareat, quem radicitus candenti ferro removiatur, aduraturque.... Ablata caruncula, imponatur intrinsecus butyrum ad removendum escharam a cauterio inductam; ixtrinsecus autem imponatur ovi albumen et vitellum cum oleo rosaceo quassatum. Mundificato ulcere, incarnetur ac cicatrisetur cum supra dictis epuloticis, hac adhibita cautela; ut intrinsecus deferatur continue candela arte parata vel specillum ex plumbo et mercurio donec fuerit inducta cicatrix, et obduruerit callus ad intra. »

(1) M. A. Séverin. De la médecine efficace, trad. franç. Genève, 1668, chap. 83, p. 625.

Voir également l'édition latine : M. A. Severini. De effic. med. Frankofurti, 1646, lib. II, part. I, p. 283.

En plusieurs autres endroits de son ouvrage, il revient sur l'opération précédente (Cap. 84, lib. II, part. I et cap. 114, pars II, p. 125. édit. lat.)

C'est à M. A. Séverin que nous devons de pouvoir dire que Jér. Cardano ouvrait l'urèthre sur le rétrécissement; ceci ressort pour nous de cette phrase : « Cardano fait mention d'un escharotic et de la perfora-

Alphonse Ferri, lui, au lieu d'attaquer le rétrécissement de dehors en dedans comme ses compatriotes, préfère la section interne lorsque les caustiques ont échoué. « ... Plus la caroncule qui s'est développée est ancienne, plus difficile elle est à guérir. Lorsque les médicaments faibles ne réussissent pas il faut recourir à de plus énergiques ; aussi quand on verra qu'ils sont impuissants à user cette chair, à cause de sa dureté calleuse, il faut pour la guérir et la détruire avoir recours à une algalie ou à une sonde bien tranchante et bien coupante pour qu'elles puissent pénétrer plus facilement ; il ne faut pas craindre l'effusion de sang en se servant de ces instruments ; elle est au contraire très-utile tant qu'elle ne provient que de la caroncule elle-même et pas d'ailleurs » (1).

La pratique des chirurgiens italiens se répandit assez rapidement puisque nous la trouvons décrite et employée

tion, l'un et l'autre expédient regardant à faire une ouverture convenable par le moyen de laquelle on puisse détruire cette caruncule. »

Il ne peut donc plus rester de doute sur la nature de l'opération faite par les chirurgiens italiens, c'est bien là l'uréthrotomie externe. Cette pratique même devait être assez répandue à cette époque en Italie, car nous verrons plus loin Cornelius de Solingen, chirurgien de la Haye, y avoir recours dans son pays et avouer qu'il a tenu la même conduite jadis à Livourne.

(1) ALFONSI FERRII, neapolitani medici . « De caruncula sive callo quæ cervici vesicæ inascuntur. » Lib. II, p. 1015. Son travail se trouve in « Thesaurus chirurgiæ » PETRI UFFENBACHI, Francofurti, 1610.

« Sedillud in caustici medicamenti administratione advertendum « quanto innate caruncula antiquior est eo difficilius curari. » Quapropter imbecillioribus medicamentis non sufficientibus ad valentoria recurrendum est. Itaque cum carni ea minuenda propter ob calles centem ejus duritiem satis esse non videbuntur ad eam purgandam et dissoluendam argalia vel specillo bene perforantibus et incidentibus ut facilius penetrare possint opus peragendum est ; nec est cur sanguinis effusionem per hæc instrumenta timeamus ; saluberrima enim ea est, dum modo ea caruncula ipsa nec aliter effundatur. »

à peu près simultanément en France par Ambroise Paré (1570) et en Espagne par Francisco Diaz (1576).

Le premier, lorsque les carnosités ont une dureté calleuse, conseille alors de les « escorcher et rompre avec une sonde ou verge de plomb, ayant un doigt près de son extrémité, plusieurs aspéritez comme une lime ronde ; et l'ayant passé dans la verge, outre les carnositez, le patient ou le chirurgien la tirera, repoussera et retournera de costé et d'autre tant de fois qu'il verra à son advis estre nécessaire pour comminuer les dites carnositez, laissant fluer assez bonne quantité de sang à fin de descharger la partie. »

L'illustre chirurgien français se servait aussi d'une sonde qu'il représente dans son ouvrage et dont les ouvertures étaient tranchantes « pour couper et comminuer les carnositez ». Après cette opération, il usait d'une poudre particulière composée de sabine et d'antimoine, « laquelle est prompte à consumer les dites carnositez et excroissances de chair es parties honteuses » (1).

Francisco Diaz pour couper les callosités eut recours à une sonde creuse dans laquelle il passait une tige d'argent pointue. Quoique inventeur de l'instrument il s'avouait les dangers de cette pratique aveugle; aussi recommande-t-il d'agir avec prudence, et pour plus de securité de n'opérer la section que peu à peu, car c'est là, dit-il, un remède extrême (*Tenemos de usar como de remedio estremo no ay otro*) (2).

Cristophe de Vega (3), qui vivait vers la même époque,

(1) Ambroise Paré. Œuvres, 8e édition. Paris, 1628, livre XIX : De la grosse vérole, p. 711.

(2) Francisco Diaz. Tratado nuevamente impresso de todas las enfermedas, etc., etc. Madrid, 1588, p. 305 et seq.

Son instrument est représenté p. 3?2.

(3) Cristophori a Vega : Opera omnia, 2e édit., revue par L. Serra-Grégory. 2

dans le cas de retention urinaire semble avoir agi comme ces opérateurs et s'être servi d'un cathéter destiné à enlever les escroissances de l'urèthre. Mais, je l'avoue, son texte est assez obscur ; peut-être ne faisait-il que le cathétérisme forcé.

D'après certains auteurs, le juif portugais Jean Rodrigue Amato, plus connu sous le nom d'Amatus Lusitanus, aurait également suivi la même pratique ; la lecture attentive de son ouvrage suffit à faire rejeter cette erreur et à montrer qu'il s'en tenait avec ses contemporains Andrea Lacuna et Philippus à la dilatation et à la cautérisation de l'uréthre rétréci par les carnosités.

Andrea Lacuna (2) cependant paraît avoir eu recours à la section interne dans les cas d'excroissances uréthrales rebelles et réfractaires au traitement par les verges de plomb, mais seulement à la dernière extrémité, « car l'incision dans ces parties si délicates a coutume de causer des

nus. Lyon, 1626 : « De arte medendi ». Lib. III, sect. IX, cap. XI, p. 391.

« Caruncula agnoscitur quoniam ulcus præcessit in ea parte in qua superexcrevit caro, immisso quoque cathetere tangitur ac rumpitur, ac deinde sanguis manat et simul carunculæ et urina secernuntur. »

Plus bas, dans la même colonne, C. Vega répète :

« Si caro meatui adnascatur, aut tuberculum, si suppurationem admittat, suppurabitur; si vero non suppuretur cathetere immisso evelli debet ac rumpi, aut immisso cirpo aut ex cera simili confecto instrumento. »

(1) Amati Lusitani : Curationum med. centuriæ. Burdigalæ, 1620.

Cet auteur, dans son chapitre « sur l'extirpation des callosités du col de la vessie », ne parle pas d'une opération sanglante applicable à la cure de ces excroissances, qu'il traite uniquement par les caustiques et la compression avec des verges de plomb, p. 384 et seq. Voir aussi la Curatio, 48, p. 514.

(2) Andrea Lacuna. Methodus cognoscendi extirpandique excrescentes in vesicæ collo carunculas. Olipsione, 1560, p. 23.

Lacuna ne décrit pas l'instrument dont il se servait ; il parle seulement d'un cathéter d'or ou d'argent.

hémorrhagies graves bien propres à jeter la terreur dans l'esprit du médecin et du malade. »

Il faut arriver jusqu'à l'année 1603 pour voir l'incision interne mise de nouveau en usage par Théodore Turquet, de Mayerne (1) qui osa porter l'instrument tranchant dans l'uréthre royal d'Henri IV de France ; cette conduite fut jugée sévèrement comme audacieuse et ignorante par la Faculté de médecine de Paris, et son auteur obligé de s'enfuir devant les persécutions des « sûppôts de la rue de la Bûcherie » (2) en Angleterre, où il devint médecin du roi Jacques Ier.

Loin d'être ébranlée par cette nouvelle tentative, la méthode de la cautérisation n'en reçoit qu'un secours plus puissant, en ce sens qu'elle a le mérite de réussir où l'autre avait échoué ; c'est Loyseau de Bergerac qui, « avec l'ayde de Dieu » et un emplâtre composé de sabine, obtient la curation de la carnosité que le roi portait au méat urinal (3).

De ce moment, et peut-être à cause de la proscription lancée contre elle par l'Université de Paris, la section interne des strictures est délaissée en France où elle ne fera

(1) THEO. TURQUETI MAYERNII. Opera medica, complectentia, consilia, epistolas et observ. pharmacopeam, variasque medicam. formulas, édité à Londres par J. Browne, 1701, p. 137.

Le passage dans lequel Turquet parle de l'opération pratiquée sur Henri IV, se trouve enfoui au milieu d'une observation qui a trait à un Anglais.

Je le transcris exactement :

« In Rege. Henric. 4. Gall. — Aliquendo tumentem carunculam et obstructione omnimodo urethræ urinam supprimentem scirpo acuto imo et cathætere argenteo penetrari felici successu, non tamen sine dolore, sed eo tutius quo diligentius celebra fuerant universalia. »

C'est tout ce que j'ai pu trouver concernant cette opération mémorable.

(2) Dict. encycl. des sc. méd., t. V, 2e série, 1872, p. 347.

(3) G. LOYSEAU. Observations médicinales et chirurg. pp. 1 et 2. Bordeaux, 1617.

qu'une courte réapparition avec Alliès et Viguerie, de Toulouse, dans un siècle et plus. Pendant tout ce temps les procédés de la dilatation, de la cautérisation ou du cathétérisme forcé rallient à eux tous les chirurgiens de l'époque.

A l'étranger l'abandon de la méthode sanglante est aussi complet; aucun auteur n'en parle jusqu'en l'année 1652 où nous la voyons utiliséé en Angleterre dans un cas de rétrécissement cartilagineux de l'urèthre imperméable aux plus fines bougies.

Edward Molins, l'opérateur, se trouvant en présence d'une rétention complète d'urine, survenue chez un vieux libertin atteint depuis longtemps d'une carnosité ayant résisté à tous les efforts, fit d'abord la ponction de la vessie par le périnée, et plaça une canule à demeure pour faciliter l'écoulement de l'urine. Le patient, peu satisfait de ce résultat, tourmenta son chirurgien pour qu'il fît autre chose. Edward Molins essaya pendant plusieurs jours de surmonter l'obstacle avec des sondes et des bougies, mais en vain ; il se décida alors à une intervention plus active et, le malade placé sur une table comme pour la taille, l'urèthre presque tout entier fut fendu de dehors en dedans jusqu'à l'incision du périnée, puis avec des aiguilles et du fil il cousit la peau par-dessus l'urèthre, en fit autant au scrotum ; la guérison eut lieu en peu de jours, mais l'urine néanmoins continua à couler par l'ouverture du périnée (1).

Le praticien anglais avait appliqué dans ce cas la section externe du rétrécissement, il avait fait véritablement l'urè-

(1) RICHARD WISEMAN. Chirurg. Treatises. London, 1692, vol. II, pp. 427-28. L'observation de ce malade est rapportée en entier par cet auteur qui assistait Ed. Molins.

throtomie périnéale sans conducteur, telle que nous la connaissons aujourd'hui.

Vers la fin du même siècle, en 1680, Cornélius de Solingen, chirurgien hollandais, trouva l'occasion de traiter de la même façon un matelot nommé Albert Horn, dont « l'urèthre était presque entièrement rempli de callosités et d'excroissances de mauvaise nature ; » il existait en même temps une rétention d'urine qui céda à l'introduction forcée d'une sonde courbe et crénelée en argent; comme cependant les autres remèdes destinés à guérir les callosités avaient été employés en vain, « il introduisit aussi loin que possible dans l'urèthre jusqu'au corps caverneux une sonde creuse, de façon à pouvoir diviser le pénis dans toute son étendue (le gland excepté). Il avait antérieurement agi de cette façon à Livourne. L'opération achevée, avec l'aide d'un certain médicament corrosif, il consuma peu à peu la substance calleuse, et ensuite il fit la suture en plusieurs endroits de la verge à l'aide de petites aiguilles d'argent, telles que celles dont on se sert pour suturer les becs-de-lièvre (1).»

(1) C. Stalpartii van der Wiel, medici hagiensi. « Observationum rariorum medic., etc., centuriæ posterioris pars prior » ; édit. novissima. Leidæ, 1727, pp. 410-411.

Il rapporte l'observation en ces termes :

« Hic autem inquisitione factâ totam fere urethram, malignis callosis que excrescentiis repletam reperit ; qua propter specillum argenteum incurvatum, ac undique crenis sive incisuris tusum in illum immisit, cujus ope quamvis non sine vehementi dolore tantum ibidem efficit spatium ut illico urinam quod ammodo reddiderit miser. Reliqua autem medicamenta postea ab eodem *Solingio* ad tollendas callositates incassum fuere adhibita. Quapropter cavum specillum in urethram quantum fieri poterat, ad ipsum usque corpus cavernosum intrusit, ut ita totius penis latus (exceptâ glande) inciderit. Quod se antea Lyburni fecisse dicebat. Hac autem operatione peractâ, corrodente quodam medicamento callosam sensim consumpsit substantiam posteaque penem

Cette opération formidable eut un plein succès, mais il resta des indurations noueuses tout le long de la paroi inférieure de l'urèthre ; si à la vérité, le chirurgien n'eut pas lieu d'être entièrement satisfait du résultat, il n'en fut pas de même de l'opéré auquel les femmes italiennes trouvaient un attrait de plus, ainsi qu'il s'en vantait publiquement dans la suite.

Ces deux nouvelles tentatives heureuses qui montraient toute la valeur de la section externe n'eurent aucun retentissement ; elles restèrent à l'état de faits isolés. Nous ne nous en étonnerons pas si nous songeons que le chirurgien anglais et le chirurgien hollandais y eurent seulement recours en désespoir de cause, alors que les autres procédés avaient été impuissants à faire disparaître les produits inflammatoires développés dans l'urèthre.

Dix ans plus tard, en 1690, la méthode sanglante va de nouveau être employée dans un cas de rétrécissement infranchissable, par un des plus fameux lithotomistes du temps, par François Colot, qui, habitué à faire la section périnéale pour l'extraction de la pierre de la vessie, appliquera plus largement qu'il ne l'avait été avant lui le procédé de l'incision de dehors en dedans ; il jette sur lui un éclat qu'il n'avait jamais eu ; sa pratique, conseillée et suivie par les uns, critiquée et rejetée absolument comme inutile et dangereuse par les autres, marque une étape nouvelle dans l'histoire de l'opération qui nous occupe. Aussi, s'il est vrai de dire qu'elle a pris naissance en Italie, avec Jérôme Cardano et Durante Scacchi, il est aussi juste

parvis acubus argenteis (qualibus ad suturam labiorum leporinorum utuntur chirurgi) diversis in locis consuit.......

...... Postea autem idem A. Horn non sine de decore se propter nodosos in pene cicatrices italis, multo quam ante, acceptiorem fuisse meretriculis jactabat. »

de reconnaître que c'est à la chirurgie française que revient l'honneur d'avoir appelé sur elle l'attention des opérateurs.

Il faut avouer néanmoins que François Colot, par son manuel opératoire, s'éloigne sensiblement de la pratique des chirurgiens de nos jours ; il ne sectionne pas directement sur la partie rétrécie, mais fait porter son incision en arrière du rétrécissement qu'il respecte pour le dilater ensuite d'arrière en avant.

Son premier opéré est un M. Boileau, greffier au Parlement de Paris.

« Un étranglement calleux qui s'était fait depuis la pointe de sa verge jusques à l'orifice interne de la vessie étoit la cause de son mal ; la vessie ne souffroit pas moins par la rétention des urines ; elle ne se pouvoit décharger que d'une petite partie, l'autre y croupissoit et étoit si corrompue que la vessie ne pouvoit plus résister. Cela entraîna trois abcès qui s'étoient faits depuis le bas du scrotum jusqu'à l'anus ; ces abcès dégénérèrent en trois fistules qui recevoient toutes les urines qui pouvoient s'échapper de la vessie. En cet état, il étoit impossible de pouvoir passer une sonde pour faire quelque opération avantageuse.... Je lui fis une ouverture au périnée, le 28 février 1690, mais sans règle et sans appui : je trouvai avec un stilet le chemin de l'urèthre et celui du col de la vessie ; ce stilet m'en facilita l'entrée ; *je dilatai* l'étranglement, je cautérisai les trois fistules, et les escarres tombées, je conduisis ces plaies à la cicatrice, aussi bien que la plaie du périnée, en sorte que d'étique que Monsieur Boileau était, il devint si gros et si gras que, six mois après, je le méconnus dans les Thuileries(1). »

(1) Fr. Colot. Traité de l'opération de la taille, ouvrage posthume. Paris, 1727, pp. 241-42.

A quelques mois de distance, Colot trouva une nouvelle occasion de recourir à l'instrument tranchant chez un malade, dont la verge, l'urèthre et le col de la vessie étaient entièrement bouchés ; l'individu « touchoit au dernier moment de sa vie, accablé d'une suppression totale d'urine dans la vessie. » Le cas était difficile et périlleux ; aussi Colot eut-il un instant la pensée d'abandonner le malheureux à son triste sort, mais cette hésitation fut de courte durée ; il se décida à ouvrir l'urèthre sur un stylet fort mince, poussé de force dans la verge jusqu'au-dessous du scrotum ; un autre stylet de même calibre passé par la plaie dans la vessie permit l'introduction forcée de deux autres conducteurs à l'aide desquels le rétrécissement fut *forcé* et *dilaté* ; la suppuration abondante qui s'ensuivit « remit les parties dans leur état naturel, de sorte que le malade guérit non-seulement de cette violente suppression, mais encore de toutes les anciennes obstructions qu'il avoit depuis longtemps (1). »

Les observations précédentes et la lecture des réflexions qu'elles lui suggèrent démontrent clairement que le lithotomiste français du XVIIe siècle faisait un large emploi de la méthode des incisions ; les succès enregistrés dans ces cas si difficiles, où le malade semblait voué à une mort certaine, l'enhardirent au point de conseiller sa manière de faire, non-seulement en présence des angusties uréthrales, mais encore dans les cas de calculs engagés dans le col de la vessie et même dans le défaut de tonicité des fibres musculaires de cet organe, entraînant la suppression d'urine (2).

La section périnéale dans ces cas n'est pas autre chose

(1) FR. COLOT. L. cit., pp. 243-45.
(2) FR. COLOT. L. cit., pp. 232-273.

que la boutonnière simple, telle que la mettaient en pratique les anciens ; elle sort donc du cadre que nous nous sommes imposé ; mais la mentionner était utile pour montrer la part de notre auteur dans la vulgarisation et dans l'extension de la méthode sanglante.

Ne laissons pas Colot sans remarquer qu'il ne faisait pas de l'ouverture de l'urèthre une méthode générale de traitement des rétrécissements (1) de ce canal. Il dit très-explicitement que la première voie à suivre est la méthode de douceur, par l'usage des bougies chargées de remèdes doux et fondants ; c'est la dilatation qui doit primer, car seule elle est dépourvue de dangers.

Mais, du moment où l'incision est indiquée, il faut y recourir sans perdre de temps, car on ne voit « que trop souvent que pour avoir trop différé ce secours le mal fait tant de progrès qu'enfin la maladie devient tout à fait incurable et sans ressource (2). »

C'est là un conseil des plus sages que ne sauraient trop méditer bien des chirurgiens de notre époque qui, par une confiance aveugle dans les autres méthodes ou par une temporisation due à la crainte, perdent un temps précieux en des essais inutiles et n'interviennent qu'alors qu'il n'est plus temps, alors que l'insuccès est certain et rejaillira rarement sur une méthode exellente en elle-même.

Un autre chirurgien, François Tolet, qui faisait l'extraction de la pierre à la même époque que Colot, emploie aussi la boutonnière dans les rétrécissements de l'urèthre, mais sa pratique est moins étendue, et il est difficile d'affirmer en le lisant s'il faisait bien réellement la section du canal dans le but de guérir la coarctation plutôt que dans celui de remédier à la rétention urinaire.

(1) Fr. Colot. L. cit., p. 234.
(2) Fr. Colot. L. cit., p. 250.

Dans son *Traité de la lithotomie*, après avoir examiné les différentes causes des rétentions parmi lesquelles il mentionne les carnosités et les callosités, il se borne à dire, parlant du traitement : « On incise, on ronge la carnosité ou la callosité qui s'y rencontre et on introduit ensuite une canule de plomb (1). »

Jean Palfin, anatomiste et chirurgien de Gand, rappelle dans son livre la conduite de Colot qu'il conseille d'imiter : « au lieu de se servir dans la cure des gonflements de l'urèthre des bougies chargées de ces sortes de médicaments consomptifs et cathéritiques au moyen desquels on n'obtient souvent qu'une cure palliative. » Il avait pu constater lui-même les bons effets de la méthode et les résultats qu'elle donnait entre les mains de son auteur qu'il avait vu opérer à Paris; aussi ajoute-t-il « qu'il est clair que ce traitement est beaucoup plus sûr que celui qui se fait au moyen des bougies (2) ».

Devaux, maître chirurgien juré de Paris, dans des remarques ajoutées à sa traduction française des œuvres du médecin napolitain Charles Musitan, indique aussi, en l'approuvant, la pratique du célèbre lithotomiste (3).

Outre ces conseillers de sa manière de faire, Colot trouve dès ce moment, vers 1730, deux imitateurs autorisés dans les chirurgiens Jean-Louis Petit et François Le Dran, qui rejettent l'emploi des caustiques susceptible de causer de fâcheux accidents et recourent avec le même bonheur à l'instrument tranchant.

(1) François Tolet. Traité de la lithotomie, 4e édit. Paris, 1699, p. 197 et seq.

(2) Jean Palfin. Anatomie chirurgicale, nouvelle édit. par Boudon. Paris, 1734, t. I. p. II, ch. XXII, pp. 188-89.

(3) Ch. Musitan. Traité de la maladie vénérienne, trad. franç. de Devaux. Paris, 1711, t. I, pp. 421-22.

Leur pratique s'éloigne de celle de leur prédécesseur pour se rapprocher davantage de celle des chirurgiens contemporains; au lieu d'inciser en arrière de la coarctation pour agir ensuite sur elle d'arrière en avant, ils font porter le couteau directement sur la stricture qu'ils sectionnent d'emblée.

Jean-Louis Petit (1) affirme hautement la valeur de l'opération de la boutonnière dont il a eu à se louer dans les cas difficiles et à laquelle il reconnaît de détruire sans retour le vice local. C'est ce qu'il nous apprend dans ces termes : « Tous ceux à qui j'ai fait la boutonnière à l'occasion de la rétention d'urine ont recouvré la liberté du canal lorsque l'obstacle s'est trouvé compris dans l'incision. »

Ayant à traiter un malade affecté d'un rétrécissement infranchissable et situé profondément, il poussa par le méat une sonde cannelée jusqu'à l'obstacle et incisa le canal jusqu'à l'extrémité de la sonde qui n'était pas fermée, sur elle, il glissa alors dans la vessie un trois-quart cannelé qui lui permit de « conduire le bistouri assez avant pour couper entièrement la partie du canal qui était rétrécie. » Il mit en place pendant quelques jours une canule qui fut ensuite retirée et remplacée par une sonde en *S* introduite par la verge dans la vessie; la cicatrisation se fit facilement et le malade était parfaitement guéri au bout d'un mois.

Vers le même temps, François Le Dran pratique une admirable opération d'uréthrotomie externe sans conducteur, bien propre à montrer les ressources qu'elle peut fournir entre les mains d'un chirurgien hardi. Le cas d'une gravité excessive porte ses enseignements; aussi nous pardonnera-t-on de le citer au long.

(1) J.-L. Petit. Mémoires de l'Académie royale de chirurgie, Paris, 1743, t. I, part. II, pp. 338-40.

« Le malade avait au périnée et au scrotum tant de callosités, qu'on ne distinguait pas même les testicules. Le scrotum et le périnée ne faisaient pour ainsi dire qu'une masse informe. Les callosités étaient percées d'environ trente trous fistuleux, par où l'urine ne sortait presque que goutte à goutte. Il n'en sortait que très-peu par la verge, et je ne pus y introduire la plus petite bougie. Aussi je crus que ce malade ne pourrait guérir que par une opération.

« L'ayant préparé par deux saignées, je le mis dans la même attitude que pour faire la taille, et je fis au périnée, à côté de l'endroit où devait être l'urèthre, que je ne pouvais distinguer, une incision très-longue et profonde de trois travers de doigts dans l'épaisseur de ces callosités du côté de la branche de l'ischion qui fait l'un des piliers de la voûte du pubis, et je remplis aussitôt la plaie avec de la charpie.

« Le lendemain je mis le malade dans la même attitude pour lever cet appareil, et ayant ôté toute la charpie, je le fis uriner. Alors je vis sortir l'urine de plusieurs endroits. Je choisis celui qui parut le plus s'approcher de l'urèthre ; j'y introduisis et j'y laissai même un bout de corde à boyau qui ne put avancer plus d'un pouce à cause de l'obliquité des tissus fistuleux. Je pansai la plaie avec un digestif simple ayant soin de tenir les lèvres écartées. Le lendemain et le surlendemain je pansai de même, et chaque fois la bougie avança un peu plus dans le sinus. Enfin le cinquième jour elle entra dans l'urèthre et je reconnus qu'elle y était parce qu'en la poussant elle entra dans la vessie. Alors je fis couler le long de la bougie une sonde cannelée, dont le bout était ouvert, et ayant retiré la bougie, la cannelure de la sonde me servit à conduire un bistouri avec lequel je fendis tout le trajet jusqu'au col de la vessie in-

clusivement, faisant cette incision comme dans la taille et évitant le rectum. Aussitôt je portai, à la faveur de la même sonde, une canule de plomb dont un bout se perdait dans la vessie et dont l'autre fut fixé par le bandage au niveau de la peau du périnée. Je pansai le reste de la plaie à l'ordinaire.

« L'urine coula librement par la canule et elle ne passa plus par les fausses routes qu'elle s'était faite ; ainsi toutes les callosités se fondirent en partie. L'urèthre devint plus accessible aux bougies et je pus y en introduire une petite jusque dans la plaie.

« Ayant élargi l'urèthre jusqu'à un certain point avec les bougies graduées, je crus qu'il fallait le faire suppurer par un secours plus efficace que celui des bougies, et j'y introduisis une petite algalie. Je fis sortir les yeux de l'algalie par la plaie et j'y passai un fil que je retirai par la verge en retirant l'algalie. Le fil me servit à faire passer un séton de plusieurs mèches. Je les garnissais d'un mélange d'onguent d'althea et d'emplâtre divinum fondus ensemble, et je le changeais à chaque pansement. Je fis cela pendant trois semaines, dans lequel temps la plaie suppura beaucoup et toutes les callosités se fondirent ; ainsi la plaie devint une plaie simple pareille à celle d'un malade qui a été taillé depuis trois semaines. Alors j'ôtai la canule, je passai l'algalie par la verge jusque dans la vessie et je l'y laissai pendant cinq ou six jours, pendant lequel temps la plaie, que j'abandonnai pour ainsi dire à la nature, se resserra jusqu'à un certain point. J'ôtai ensuite l'algalie et je laissai fermer la plaie qui acheva de guérir en moins de quinze jours avec des pansements des plus simples (1). »

(1) François le Dran. Traité des opérat. de chirurgie, Paris, 1742, p. 368 et seq.

Plus affirmatif encore que ces deux chirurgiens, nous rencontrons à la même époque George de la Faye (1) qui formule nettement la conduite à suivre dans les cas d'obstacle du canal compliqué de rétention urinaire et de fistules périnéales.

Il repousse l'emploi des bougies chargées de caustique et des soudes tranchantes qu'ont proposées certains opérateurs car il lui a été donné d'observer les désordres considérables qu'elles occasionnent à l'ouverture des cadavres de personnes chez lesquelles la section interne et la cautérisation avaient été mises en pratique et il s'étonne « après cela qu'on ose aujourd'hui se servir de moyens si dangereux. »

Dans les cas de rétention urinaire deux méthodes peuvent être mises en usage, la ponction de la vessie et l'incision périnéale, la première la plus douce, sera préférée s'il y a simplement « gonflement et inflammation de la glande prostate, mais s'il y a dans le canal et au périnée des duretés et des callosités, c'est à l'incision qu'on devra recourir et l'on ne perdra pas son temps en des tentatives inutiles de dilatation, car lors même qu'on arrive à rétablir la liberté du canal et à guérir les fistules « le malade ne jouit pas longtemps de ce rétablissement, les difficultés d'uriner reviennent, augmentent de plus en plus et menacent le malade à chaque instant d'une rétention d'urine d'autant plus fâcheuse que les duretés et les callosités du canal pourront empêcher d'y introduire la sonde ou la bougie. »

L'intervention avec l'instrument tranchant se pose donc en principe et l'incision doit-être faite sur un conducteur cannelé introduit dans la vessie ou du moins aussi avant

(1) G. DE LA FAYE. Remarque ajoutée à la 8e édit. du Cours d'opérations de chirurgie de M. DIONIS. Paris, 1782, 1re partie, pp. 199-215.

que possible dans l'urèthre ; « si l'on ne peut faire l'incision sur la sonde, cette opération est beaucoup plus difficile » car « le chirurgien obligé de travailler sans ce guide, doit se bien représenter la structure et la position des parties sur lesquelles il opère. » « On comprend dans l'incision la fistule, les callosités qui l'accompagnent et même la glande prostate, si elle est dure et squirrheuse, et s'il est possible d'y atteindre. »

L'opération terminée, de la Faye introduit dans la vessie une canule qui doit rester en place jusqu'au deuxième ou au troisième jour ; à ce moment le chirurgien doit travailler à détruire le rétrécissement par l'application d'un digestif composé d'alun et de précipité rouge. Lorsqu'enfin le canal est libre, et que les urines sont claires et limpides on cherche la réunion de la plaie en introduisant une sonde par le méat de façon à détourner l'urine ; puis on passe pendant quelque temps dans le canal, pour en maintenir le diamètre quand la plaie est fermée une sonde de plomb ou une bougie. « L'on ne parvient pas toujours à réunir parfaitement les lèvres de la plaie, il reste quelquefois une petite fistule qui livre un passage continuel aux urines : l'extrême maigreur du malade en est la cause ; mais dans ce cas, elle se guérit ordinairement aussitôt que le malade recouvre son embonpoint. »

Les lignes qui précèdent empruntées au texte de George de la Faye montrent amplement qu'il n'agissait pas autrement qu'on ne le fait de nos jours ; il pratiquait l'urèthrotomie externe avec ou sans conducteur, suivant que l'obstacle était perméable ou non et avait soin de recourir à la dilatation consécutive pour empêcher le canal de se rétrécir de nouveau.

Vers la fin du XVIIe et le commencement du XVIIIe siècle, la méthode sanglante trouve donc des défenseurs illustres

dans les Colot, les J. L. Petit, les Le Dran, les de la Faye, dont la hardiesse couronnée par le succès semble devoir militer en faveur de l'ouverture de dehors en dedans de l'urèthre rétréci et entraîner des imitateurs nombreux ; il n'en est rien cependant et la nouvelle méthode est honnie et repoussée par la majorité des chirurgiens. Obéissant aux traditions léguées par leurs devanciers, ils refusent d'y recourir alors même que le canal infranchissable à la sonde et à l'urine ne permet pas l'hésitation à l'opérateur s'il veut arracher son malade à une mort assurée ; la ponction de la veine suffit alors et il est dangereux de s'adresser à une opération qui, outre des dangers immédiats a le grave inconvenient de favoriser la récidive, par la rétraction cicatricielle de la plaie qu'elle nécessite.

Ecoutons ses accusateurs,

« J'avoue franchement, dit Jacques Daran (1), que je ne comprends pas bien quel secours on peut tirer de cette opération, car si l'algalie n'a pu surmonter un obstacle qui s'est trouvé dans l'urèthre, la sonde cannelée ne fera pas mieux, elle restera donc en deça..... Cette opération est donc en pure perte pour remédier à l'ischurie habituelle et c'en est assez pour la proscrire. Mais une autre raison qui nous la ferait rejeter, c'est la crainte de ses suites, c'est-à-dire de la cicatrice que produira nécessairement l'incision en se consolidant, qui comme je l'ai déjà fait remarquer, peut fournir un jour de nouveaux obstacles au passage de l'urine en retrécissant le diamètre du canal. »

Astruc le syphiligraphe n'est pas moins sévère à son égard : « Cette méthode semblait être ingénieuse, avoue-t-il et je me souviens qu'on lui donnait autrefois de grands éloges. Mais l'expérience a fait voir il y a longtemps com-

(1) Jacques Daran. Observ. chirurg. sur les mal. de l'urèthre. Nouvelle édit. Paris, 1748, p. cj. du Discours préliminaire.

bien ces éloges étaient mal fondés. Il est du moins certain que la plupart des malades, sur qui l'on avait fait cette opération, après avoir été longtemps tourmentés par les chirurgiens, se trouvaient dès que la plaie était fermée encore plus mal qu'auparavant, à cause que l'endroit de l'urèthre sur lequel on avait appliqué les corrosifs, les détersifs et les mondificatifs, avait été encore rétréci par la cicatrice qui s'y était formée et qui rendait le passage de l'urèthre beaucoup plus difficile » (1).

Goulard (2), partisan déclaré de la dilatation, ne se fait faute de rejeter la section et la cautérisation qu'on pratique après : « On faisait dit-il une incision pareille à celle qu'on pratiquait pour l'extraction de la pierre..... Tous les obstacles, c'est-à-dire les carnosités étant à découvert, on pouvait facilement appliquer dessus des remèdes corrosifs. Mais après que la plaie était fermée les malades se trouvaient plus mal qu'auparavant à cause que l'endroit de l'urèthre où on avait appliqué les corrosifs s'était encore plus rétréci par la cicatrice. »

Le doyen de la Faculté de médecine de Paris, Elie Col de Vilars, dans son cours de chirurgie, dicté aux Ecoles de médecine, intervient dans le débat et affirme que la seule méthode acceptable est la dilatation ; si elle échoue par suite d'obstacle infranchissable, on aura recours à la ponction périnéale ou à la boutonnière, mais seulement pour remédier à la rétention urinaire.

« Quand la strangurie est habituelle sans inflammation, dans tous les accidents dont nous avons parlé, la seule indication, c'est d'élargir le passage de l'urine.

(1) ASTRUC. Traité des mal. vénér. Traduit du latin. Paris, 1740, liv. III, ch. IV : De la strangurie opiniâtre qui succède à la gonorrhée, pp. 215-16-17.

(2) GOULARD. Œuvres de chirurgie. Pézenas, 1779, t. II, p. 192, et Mémoires sur les mal. de l'urèthre. Paris, 1746, p. 13.

Quelques-uns ont ouvert l'urèthre sur la sonde cannelée pour découvrir les caroncules ou carnosités et les détruire ou les consumer avec des remèdes convenables.

Bien loin de procurer du soulagement après la cicatrice le conduit de l'urine se trouvait encore plus étroit.

La meilleure méthode est d'introduire dans la verge des bougies qui par leur volume et leur fermeté puissent écarter peu à peu les parois de l'autre et en même temps ramollir et relâcher ses fibres » (1).

A côté de ces auteurs qui font mention de la méthode sanglante pour la rejeter, il en est d'autres, qui la passant sous silence, indiquent seulement les caustiques et les bougies dilatatrices ; si ces moyens échouent par suite de la dureté des productions inflammatoires développées dans l'urèthre du malade, comme « il faut qu'il pisse ou qu'il meure (2), » ils ont recours à la ponction de la vessie par une des voies ordinaires. Ceux-là sont Dionis (2), Laurent Heister (3), Ambroise Bertrandi (4), Le Monnier (5), etc. etc.

Pendant qu'en France, les opinions se partagent sur la valeur de l'incision périnéale, elle est indiquée en Angleterre par Sharp (6), chirurgien de l'hôpital St-Barthélemy, et mise en pratique par le célèbre John Hunter (7).

(1) E. Col de Vilars. Cours de chirurgie. Paris, 1759, t. IV, ch. III : Des ulcères malins, p. 201 et seq.

(2) Dionis. Cours d'op. de chirurgie, 8e édit. Paris, 1782, 1re partie, p. 195 et seq.

(3) Laurent Heister. Institutions de chirurgie, trad. franç. de Paul. Paris, 1771, t. II, p. 265 et seq.

(4) Amb. Bertrandi. Traité des op. de chirurgie, trad. franç. de S. de a Romiliais. Paris, 1769, p. 95 et seq.

(5) L. Le Monnier. Nouveau Traité de la mal. vénér. Paris, 1689, p. 84.

(6) Sharp. A critical Inquiry, London, 1750, p. 151, et Rech. critiques sur l'état présent de la chir. trad. franç. Paris, 1751, p. 242.

(7) John Hunter. Traité de la mal. vénér., trad. franç. de Richelot. Paris, 1852, 2e édit., pp. 272-278.

Moins radical et exclusif que les opérateurs français, Sharp, tout en reconnaissant les dangers de la nouvelle méthode, qui suivant lui, au point de vue de la gravité est presque, sinon tout à fait passible des mêmes reproches que la cautérisation, admet qu'on puisse y recourir dans certains cas de rétrécissement.

John Hunter ne se contente pas de recommander l'incision périnéale, il l'applique à l'hôpital du 3e régiment des gardes vers l'année 1765, chez un jeune soldat affecté de rétrécissements et de fausses routes ; mais une chose est à remarquer, c'est que le grand chirurgien anglais ne fit pas l'incision directe du point rétréci, l'uréthrotomie externe comme nous l'entendons aujourd'hui ; beaucoup d'auteurs commettent donc une erreur en affirmant que Hunter faisait l'incision de la stricture de dehors en dedans.

Voici comment il recommande d'agir et comment il a fait dans le cas qui s'offrait à lui.

On introduit dans l'urèthre jusqu'à l'obstacle un cathéter cannelé, sur la pointe duquel le canal est incisé de dehors en dedans, mais en arrière de la coarctation ; par la plaie, le chirurgien conduit d'arrière en avant jusqu'à la rencontre du point rétréci une canule creuse ; on en fait autant par le méat urinaire, de telle façon que la stricture se trouve comprise entre les deux extrémités des sondes ouvertes qu'un aide saisit alors, et « maintient dans cette position avec l'indicateur et le pouce appliqués sur la surface externe de la verge comme des attelles sur un os fracturé. » Pendant ce temps l'opérateur perfore avec un stylet passé par la canule supérieure le point rétréci avec la plus grande facilité, le perforateur étant obligé de s'engager dans la canule inférieure qui force contre la paroi postérieure du rétrécissement, il ne reste plus qu'à substituer au stylet une sonde qui est introduite jusque dans la veine.

Cet exposé de la manière de faire du chirurgien anglais démontre d'une façon évidente que s'il incisait le canal dans les cas de coarctation, il respectait le rétrécissement lui-même qu'il perforait ensuite ; sa pratique se distingue de tout ce que nous avons vu faire par les opérateurs des époques précédentes.

Si maintenant, au milieu des discussions soulevées parmi les chirurgiens français et étrangers sur la valeur curative de la section externe des strictures, nous recherchons ce qu'il est advenu de l'incision interne des angusties uréthrales, nous nous apercevons que, depuis le jour ou elle fut blâmée et repoussée par l'Université de Paris, jusque dans la personne de son auteur, obligé de s'enfuir et de chercher un refuge en Angleterre, les praticiens l'abandonnèrent et elle tomba dans le discrédit le plus complet. En 1755 nous la voyons cependant être remise en pratique par le père d'un chirurgien du nom d'Alliès (1) qui, ayant affaire à un rétrécissement voisin du méat urinaire et compliqué de fistules pénienne et scrotale, perfora avec un plein succès à l'aide d'un trois quart la partie de l'urèthre oblitéré entre le méat et la première fistule.

A la même époque elle est utilisée dans un cas semblable par un chirurgien de Toulouse, Viguerie (2), chez un homme de cinquante-cinq ans qui, atteint d'une oblitération du canal près du pubis, « rendait depuis plusieurs années les urines par dix trous fistuleux situés près de l'anus et aux fesses. »

Ces deux tentatives isolées en faveur d'un procédé que son inutilité et ses dangers réels avaient fait rejeter ne le retirèrent pas de l'oubli ; s'il n'est pas permis d'affirmer

(1) Alliès. Traité des maladies de l'urèthre. Paris, 1755, pp. 73-74.
(2) Cité par Chopart. Traité des mal. des voies urinaires, t. II, p. 328.

son abandon complet par tous les opérateurs, puisque nous avons vu George de la Faye le mentionner pour blâmer son emploi à cause « des désordres considérables (1) » qu'il occasionne, on peut dire qu'à ce moment, à part Alliès et Vignerie aucun auteur n'en parle.

Délaissée en France, où la cautérisation et la dilatation sont en lutte avec la section périnéale, l'incision de dedans en dehors va trouver à l'étranger, en Amérique, en Allemagne, en Angleterre des partisans dévoués, qui inventeront pour la pratiquer et la rendre moins dangereuse et plus efficace de nouveaux instruments.

Le premier en date est un Américain, Physick de Philadelphie (2), qui dès 1795 imagine deux instruments, l'un droit, l'autre courbe, destinés à atteindre l'obstacle soit dans la portion pénienne, soit dans la portion bulbeuse de l'urèthre.

En Angleterre, c'est John Bell (3) qui, à l'aide d'un in-

(1) Note de DE LA FAYE in DIONIS. Cours d'op. de chir., 8e édit. Paris, 1782, p. 207.

(2) JOHN DORSEY. Elements of Surgery. Philadelphia, 1813, t. II, p. 119 et seq.

Les instruments dont se servait Physick sont représentés dans cet ouvrage ; l'un est droit et l'autre courbe ; tous deux se composent d'une canule creuse dans laquelle est cachée une lancette qu'on peut faire saillir à volonté au moment où l'extrémité du tube creux atteint le rétrécissement. « Après la section de la stricture, on doit introduire un cathéter flexible et le laisser dans la vessie trois ou quatre semaines ; après son extraction une bougie sera introduite fréquemment. »

Les uréthrotomistes internes de nos jours ne font pas autrement.

Dorsey qui rapporte la façon de faire du chirurgien américain, dit qu'il a appliqué sa méthode plusieurs fois avec succès, qu'elle est innocente si le rétrécissement est antérieur au bulbe, mais qu'elle demande à l'opérateur des connaissances anatomiques sérieuses et une grande prudence, s'il est situé plus profondément.

(3) JOHN BELL. Principles of Surgery. London, 1806, vol. II, p. 250 ; cité par Thompson.

strument analogue à celui de Physick sectionne un rétrécissement ancien compliqué de fistules périnéales; c'est sir Charles Bell (1), qui recommande la perforation de la stricture avec un stylet introduit dans une canule jusqu'à l'obstacle, après avoir conseillé au patient de faire des efforts d'uriner pour dilater la cavité sise en arrière.

En Allemagne vers le commencement de ce siècle, en 1818 Dœrner (2) propose de traverser la coarctation avec une lancette présentant la largeur d'une sonde. Dzondi (3) emploie un instrument rappelant celui de Physick.

Plus tard, en 1823, John Mc Ghie, d'Edinburgh (4), décrit un nouvel appareil qui se distingue de celui de ses prédécesseurs par une innovation des plus importantes, la présence à son extrémité d'une petite bougie pouvant servir de conducteur et faciliter la marche de la lame tranchante à travers les tissus rétrécis.

En Angleterre, la section interne est cependant peu adoptée par les praticiens jusqu'en 1827, où Stafford (5) présente à la Société médicale de Westminster un instrument de son invention accompagné d'une note indiquant

(1) Sir Ch. Bell. A system of operative surgery. London, 1814, vol. I, p. 83.

(2) Dœrner, cité par Siebold, Manuel de chirurg., vol. I, p. 206.

(3) Dzondi. Son instrument est gravé in Klinisch. Institut fur chirurgie, zu Halle, 1818, planche II, fig. 1 et 3.

(4) J. Mc Ghie. Suggestions in Surgery in Edinburgh med. Journal, t. XIX, 1823, p. 361.

Les instruments qu'il propose sont représentés et accompagnés de la description et de la manière de s'en servir.

(5) Report of med. Society of Westminster. Lancet, 8 déc. 1827, vol. XIII.

L'instrument de Stafford absolument semblable à celui de Physick, se trouve représenté dans le System of Practical Surgery, de William Fergusson. London, 1870, 3e édit., p. 703, fig. 429.

la manière de s'en servir. Cette date et ce fait sont importants à connaître, car à partir de cette époque le procédé de l'incision de dedans en dehors est mis souvent en pratique avec plus ou moins de succès par les chirurgiens d'outre-Manche. Dès son apparition, l'instrument de Stafford qui se retrouve encore dans l'arsenal anglais contemporain soulève des critiques violentes, et nous verrons en 1844 la rédaction de la Lancette anglaise s'élever avec force « contre ces instruments tranchants qui ont la prétention de guérir, qui sont toujours dangereux dans leur application et inefficaces, quant aux résultats dans la majorité des cas (1). »

Si nous revenons en France, nous verrons la méthode sanglante complétement abandonnée au profit des anciens modes de traitement, la dilatation et la cautérisation qui règnent seuls en maîtres; de la section interne, il n'est plus question, tous les auteurs se taisent sur elle; la section périnéale, au contraire, restée dans la pratique depuis Colot va nécessiter les attaques passionnées de Desault et de ses élèves. Mais avant d'étudier le rôle joué par ces nouveaux détracteurs, mentionnons un dernier fait d'uréthrotomie externe sans conducteur en date à cette époque, celui de Lassus, de St-Côme (2), qui en 1786 exécuta l'opération avec plein succès sur un cordonnier « atteint de fistules urinaires, multiples, à la suite d'une contusion du canal contre une pièce de bois; le périnée était dur et calleux, toute l'urine passait par les fistules, il n'en coulait

(1) The Lancet, 1844, p. 342.

(2) Archiv. gén. de méd., 3e année, t. IX. Paris, sept. 1825, p. 411.

Le fait se trouve rapporté à la suite d'une observation semblable de Le Vannier, de Cherbourg, sur laquelle nous aurons à revenir plus loin.

pas une goutte par l'ouverture naturelle de l'urèthre. » L'incision fut faite sur la saillie d'une algalie d'argent introduite jusqu'à l'obstacle, et prolongée en arrière au delà de la dernière fistule ; une sonde fut placée à demeure dans la vessie et la plaie réunie avec des bandelettes agglutinatives; un mois après le malade retournait chez lui parfaitement guéri.

Ce fait heureux ne fit cependant pas trouver grâce à la méthode devant Desault et son école.

L'opposition qui avait commencé à se faire dès le début de sa mise en pratique en France va devenir à ce moment tellement ardente, ses adversaires vont être tellement puissants, que leur voix sera entendue, et nous verrons la méthode sanglante succomber sous le poids des accusations qu'on élève contre elle.

C'est Desault qui entame la lutte. Partisan dévoué d'un procédé qui avait donné entre ses mains habiles de beaux résultats, partisan du cathétérisme forcé partout où la douceur ne peut faire franchir à la sonde l'obstacle du canal, l'illustre chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris met en doute les avantages de la boutonnière et lui retire le droit qu'elle semblait avoir légitimement conquis par des succès éclatants et nombreux à occuper une place importante parmi les méthodes curatives des angusties de l'urèthre. «Quoiqu'en apparence mieux adaptée à la nature de la maladie, elle est presque toujours ou inutile ou dangereuse. Elle est inutile, si pour la pratiquer on peut passer un cathéter ou une sonde cannelée dans la partie rétrécie du canal, puisque l'on aurait pu de même y porter une sonde creuse. Elle est dangereuse, si l'on ne peut être guidé par ces instruments, parce qu'alors on fait des incisions au hasard et que l'on peut manquer le canal et diviser des

parties dont la lésion est suivie d'accidents plus ou moins graves (1). »

Chose bizarre, celui qui parle ainsi et se fait l'accusateur de l'incision périnéale est le même qui a recours à cette méthode qualifiée de barbare aujourd'hui et repoussée avec raison par l'unanimité des chirurgiens, je veux dire le cathétérisme forcé; il est difficile de se rendre compte de l'aveuglement de Desault, alors que lui-même est le premier à avouer les dangers de l'introduction violente d'un instrument dans l'urèthre, dangers qui sont tels, qu'il reconnaît que ces préceptes ne pourront être mis en usage que par une main des plus expérimentées (2).

Chopart (3) n'est pas moins violent que le chirurgien de l'Hòtel-Dieu à l'endroit de l'ouverture externe de l'urèthre. Ardent défenseur comme le premier du passage forcé à travers les obstacles qui empêchent l'entrée dans la vessie, il prophétise la déchéance de la nouvelle méthode et s'écrie : « Les progrès de l'art dans le traitement des maladies des voies urinaires ont presque déjà banni et banniront entièrement un jour de la pratique de la chirurgie cette inutile opération. »

Roux (4), l'élève de Desault, suit la pratique de son maître, dont il partage les opinions sur l'utilité du cathétérisme violent. Dans sa relation chirurgicale d'un voyage à Londres, il nous apprend avec un dédain mal déguisé que les Anglais ont encore recours à la section externe de la stricture, ce qui prouve qu'ils « ne sont pas aussi familiarisés

(1) P.-J. Desault. Œuvres chirurgicales, édit. de X. Bichat, t. III, an xi. Paris, 1803, p. 245 et 330. Voir aussi Journal de chirurgie de Desault, t. III, p. 220.

(2) Desault. Œuvres chirurgicales, p. 225.

(3) Chopart. Traité des Mal. des voies urinaires. Paris, 1792. Volume des mal. de la vessie, p. 480.

(4) P.-J. Roux. Voyage à Londres. Paris, 1815, p. 313.

que nous le sommes avec les rétrécissemens de l'urèthre et les accidents auxquels les rétrécissements donnent lieu... Leur pratique n'est pas celle des chirurgiens habiles. »

Sans être enthousiastes du procédé externe, Sabatier (1) et Boyer (2) comprennent qu'on puisse y avoir recours, dans des cas analogues à celui ou Le Dran l'a employé; ils louent même et conseillent sa manière de faire, dans les mêmes circonstances.

Néanmoins la campagne menée contre la méthode sanglante par Desault le fut avec un tel bonheur qu'abandonnée par tous les opérateurs elle resta lettre morte pour ses successeurs, et cependant un chirurgien, dont le nom fait époque dans la chirurgie française, éleva la voix en sa faveur; ce fut Delpech, mais sa protestation timide, il est vrai, ne fut pas entendue et se perdit dans le silence général.

Tout en considérant l'incision externe comme une opération insolite inspirée évidemment par le désespoir, le célèbre praticien de Montpellier réclame en sa faveur et cite, à l'appui de son dire, le cas d'un malade chez lequel l'incision externe du rétrécissement pratiquée au périnée fut suivie d'un succès complet et d'une guérison qui se maintint pendant dix ans (3).

Mais telle était l'autorité de ses détracteurs que la section externe retomba dans l'oubli et fut ignorée de tous les praticiens à tel point qu'un chirurgien de Cherbourg, Julien Le Vannier (4), qui se trouva obligé d'y recourir en

(1) SABATIER. De la médecine opératoire, p. 396 et 397, t. II. Paris, 1814.

(2) BOYER. Traité des mal. chirurgicales, 4e édit., t. IX, pp. 217-18. Paris, 1831.

(3) DELPECH. Précis élém. des maladies réputées chirurgicales. Paris, 1816, p. 567, t. I.

(4) Arch. gén. de méd., 3e année, t. IX, sept. 1825, p. 411. « Obser-

1815 dans un cas de rétrécissement traumatique du canal croit pouvoir se déclarer l'inventeur du procédé, alors qu'il ne fait que relever un des coins du voile de l'oubli qui pèse sur lui.

Citons encore à ce moment et plus avant dans la première moitié de ce siècle, parmi ceux qui rejettent l'emploi de la boutonnière, Nauche, Jourdan, Lisfranc, Samuel Laugier.

Nauche (1), spécialiste dans les maladies des voies urinaires, répudie l'incision avec et sans conducteur; la première est inutile, la seconde impraticable, vu les dangers qu'elle comporte ; aussi déclare-t-il que, « sous le rapport de la destruction de la cause matérielle de la rétention, l'opération de la boutonnière est de nul effet. »

Jourdan (2), tout en répétant les paroles de Desault sur l'inutilité et les dangers de l'opération, n'est pas cependant si absolu que les chirurgiens qui lui dictent sa façon de penser, et il se joint à Boyer et à Sabatier pour lui reconnaître encore une certaine efficacité dans les cas où le malade aurait plusieurs fausses routes avoisinant la coarctation, si alors le canal est assez dilaté derrière l'obstacle, on pourra se permettre d'inciser sur la saillie de la tumeur urinaire de façon à atteindre le rétrécissement, à vider la vessie et à agir sur la portion oblitérée par la dilatation d'arrière en avant.

vation sur une portion de canal pratiquée artificiellement aux dépens et sur la cicatrice même d'une portionde l'urèthre, entièrement oblitéré par suite d'une plaie d'arme à feu, par Jul. Le Vannier, chirurgien à Cherbourg »

Voir aussi : ROCHE et SANSON. Nouv. élém. de path. méd. chir., 2e éd. Paris, 1828, p. 175.

(1) NAUCHE. Des mal. de la vessie et du méat urinaire. Paris, 1810, p. 200 et seq.

(2) JOURDAN. In Dict. des sc. méd., t. XXVI. Paris, 1818, art. Ischurie, p. 202.

Lisfranc (1), qu'on ne saurait accuser de timidité chirurgicale, sent sa hardiesse habituelle lui faire défaut lorsqu'il s'agit d'ouvrir l'urèthre rétréci; aussi approuve-t-il dans sa thèse de concours le bannissement dont Desault a frappé la boutonnière.

Cette opération inspire les mêmes craintes à Samuel Laugier (2). « Que deviendront l'opérateur et le malade si après avoir incisé le périnée soutenu, si l'on veut par un conducteur porté jusqu'au devant de l'obstacle, on s'aperçoit que la partie postérieure du canal endurcie, presque oblitérée ne peut recevoir de sonde? » L'appréhension de cette éventualité le fait s'écrier : « C'est une opération qui doit être bannie de la pratique chirurgicale. »

Alors qu'en France le désaveu de l'ouverture périnéale se généralise, en Angleterre, l'exemple de Hunter était suivi et faisait des prosélytes. Dès les premières années du xixe siècle, Sir Charles Bell (3) incise l'urèthre au périnée sur un conducteur conduit jusqu'à l'obstacle et attaque ensuite la stricture d'arrière en avant en la perforant avec un trocart ordinaire.

Grainger (4), de Birmingham, John Bell (5), Thomas Chevalier (6) utilisent aussi à ce moment l'ouverture externe du canal, mais sans interesser la coarctation; ils se contentent de fendre l'urèthre en arrière pour faciliter la

(1) J. Lisfranc. Des rétrécissements de l'urèthre. Thèse soutenue le 21 fév. 1824; trad. franç. Paris, 1824, p. 92.

(2) S. Laugier. Des rétrécissements de l'urèthre et de leur traitement Thèse de concours, Paris, 1836, p. 71.

(3) Sir Ch. Bell. A system of operative Surgery. London, 1814, vol. I, pp. 83 et seq.

(4) E. Grainger. Medical and surgical Remarks. London, 1815, ch. 1, cité par Thompson.

(5) John Bell. Principles of surgery. London, 1806, vol. II, p 286.

(6) Medico-chirurg. transactions, vol. II, p. 201.

résorption des produits déposés dans les tissus environnants et pour remédier à la rétention d'urine ; leur mode d'opérer est donc identique à celui des anciens opérateurs français, qui recouraient à la boutonnière simple dans les mêmes circonstances.

En 1824, James Arnott (1), chirurgien de l'hôpital de Middlesex, conseille l'uréthrotomie externe sans conducteur dans un mémoire lu à la *Medical and Chirurgical Society ;* il a eu l'occasion d'apprécier son utilité chez un homme porteur depuis quinze ans d'un retrécissement infranchissable à l'urine et à la bougie la plus fine ; « par suite de la contraction de l'urèthre à un pouce et demi de son extrémité on ne pouvait faire parvenir jusqu'au retrécissement situé vers la bulbe qu'une sonde au-dessous du volume ordinaire, et la pointe de cet instrument pouvait à peine être sentie sur le périnée. On fit la première incision assez longue et, parvenue à l'urèthre on l'incisa au-devant du retrécissement. Ensuite on introduisit la pointe d'une sonde cannelée, très-fine, dans l'ouverture qu'on venait de faire, et avec un peu de difficulté on parvint à la pousser jusque dans la vessie ; guidé par la cannelure, on fendit avec un bistouri la portion retrécie du canal et, aussitôt après, on fit pénétrer facilement le cathéter jusque dans la vessie..... aucun symptôme défavorable ne se manifesta. Le malade fut ensuite traité par les sondes à demeure. La plaie se cicatrisa convenablement et la guérison fut complète au bout de quinze jours. »

En 1825, en Suède, le D[r] Ekstrœm (2) adopte la pratique

(1) Medical and chir. transactions, vol. XII, p. 351. L'observation se trouve traduite dans les Archiv. génér. de méd., t. IV, 1re sér., p. 612, 1824.

(2) Ars. Beratt. am Swensk. Læk. Salsk. Arb., per 1825, p. 97 et Archiv. gén. de méd., t. XX, 1829, pp. 117-118. On trouvera dans ces ouvrages la manière d'opérer du chirurgien suédois.

des chirurgiens anglais qu'il avait vu opérer et la recommande dans les mêmes circonstances.

En Amér l'uréthroətiquomie périnéale trouve des défenseurs nombreux dans les chirurgiens de ce pays qui en font un large usage.

Entre leurs mains elle donne des succès incontestables bien propres à appeler l'attention sur sa valeur.

C'est Alexandre Stevens (1) qui en 1816 fend l'urèthre rétréci de dehors en dedans avec un plein succès.

Jameson, de Baltimore (2), de 1820 à 1823 pratique dix fois la section perinéale sans un seul cas de mort.

David Rogers (3) de New-York dans le *Philadelphia medical and physical journal* rapporte douze faits heureux d'incision périnéale.

Dans le *Boston medical and surgical journal* de 1829, G. Warren de Boston, mentionne deux opérations identiques (4).

A l'hôpital de New-York, Hoffman, Post, Watson et Buck (5) de 1838 à 1843 ont recours à l'uréthrotomie périnéale à quatorze reprises différentes.

Enfin Alden March d'Albanie l'utilise aussi dans ce pays avant 1840.

Vers la même époque, en Allemagne, Chélius d'Heidelberg (6), vante le procédé des incisions externes dans les cas

(1) Medic. and surg. Register, vol. I, p. 75. Publié par Collins et Ce, 1818.

(2) American medical recorder, vol. VII, 1824.

(3) Philadelphia m. and. phys. journ., vol. XIX, p. 186.

(4) Boston m. and surg. journ. July 7, 1829.

(5) Cités par GOULEY, in Diseases of the Urinary organs. New-York, 1873, p. 120. C'est à cet auteur que nous devons les renseignements historiques de l'uréthrotomie périnéale en Amérique.

(6) J.-M. CHELIUS. Traité élém. de path. externe, trad. franç. de Pigné. Paris, 1844, t. I, p. 352.

de fistules urinaires avec rétrécissement tel qu'il est impossible de le faire cesser avant que la fistule n'exerce une funeste influence sur l'organisme ; dans les cas d'oblitération complète du canal, il propose d'exciser la partie malade et de créer une nouvelle route à l'urine.

Tout en plaidant ainsi pour ce procédé de la méthode sanglante qui ouvre largement les tissus rétrécis, le chirurgien d'Heidelberg refuse son crédit à celui qui consiste à franchir la stricture à l'aide d'instruments tranchants portés dans l'urèthre. Suivant lui, l'uréthrotomie interne pourrait à peine être mise en usage avec sûreté dans les cas de rétrécissements peu profonds et peu considérables, mais alors la dilatation et les cautérisations suffisent et doivent la faire rejeter (1).

Un autre chirurgien allemand, Th. Sœmmering (2), réprouve l'emploi des incisions internes, car il ne « connaît aucun exemple qui constate l'avantage de cette méthode. »

Ainsi décriée de l'autre côté du Rhin par Chélius et Sœmmering, la pratique des Dœrner, des Dzondi et des Dieffenbach (3) tente de reparaître en France vers 1824 avec Amussat, qui imagine un nouvel instrument auquel il accorde le nom d'*urétrotome* et à l'aide duquel il incise la coarctation d'avant en arrière.

(1) J.-M. Chelius. L. c., t. II, p. 56.

(2) Th. Sœmmering. Traité des mal. de la vessie et de l'urèthre, trad. fr. de la 2e éd. allem., par H. Hollard. Paris, 1824, p. 184.

(3) Journal d'Hecker, nº de février 1827. On y trouve une note dans laquelle Dieffenbach propose un uréthrotome de son invention destiné à sectionner le rétrécissement d'arrière en avant. Il se compose d'une canule d'argent présentant deux fenêtres longitudinales permettant la saillie de deux lames cachées, aussitôt la coarctation franchie. C'était là un grand progrès sur les instruments de Dœrner et de Dzondi seulement constitués par une canule creuse enfermant une lame en forme de ancette pour sectionner d'avant en arrière.

Il est suivi dans cette voie par Despinay (1), de Bourg, qui en 1825 adresse un mémoire à l'Académie royale de médecine dans lequel il admet que l'incision doit être préférée à la cautérisation surtout dans les strictures du méat contre lesquelles échouent les autres moyens.

Guillon (2), Tanchou (3), Ricord, Ségalas, Le Roy d'Étiollès inven lestent chacun des instruments destinés à assurer et à faciliter la section interne de la stricture.

Le rôle joué par ces auteurs a sa place marquée dans l'histoire de l'uréthrotomie interne en France ; en effet, en dehors de tentatives isolées et si peu acceptées des opérateurs des siècles précédents, c'est la première fois qu'un effort sérieux et suivi est tenté en faveur de ce procédé.

La hardiesse toutefois n'est pas le propre de ces rénovateurs dont tous les efforts se bornent à faire des éraillures superficielles, des scarifications légères des tissus indurés ; ils ne voient du reste dans leur intervention qu'un moyen de permettre l'introduction plus facile et plus rapide d'une bougie dilatatrice (4) ou d'un caustique (5) qui achèveront le travail thérapeutique ; quelquefois cependant ils cherchent la résorption des productions inflammatoires dans la suppuration qui succède aux excoriations de l'urèthre. Leur exemple ne fut pas suivi.

Nous ne saurions mieux faire, pour donner une idée de l'appréciation des auteurs de cette époque sur la valeur des sections internes, que de citer textuellement les paroles d'un homme qui plus tard deviendra partisan acharné d'un

(1) Archiv. gén. de méd., t. XI, 1826, p. 146. Rapp. de Lisfranc et Amussat sur Mém. de Despinay.

(2) Gazette des hôpitaux, n^os de mai et de septembre 1832.

(3) Gazette des hôpitaux, 1832.

(4) Amussat. Leçons recueillies par Petit, 1832.

(5) Le Roy d'Étiolles. Traité des Angusties. Paris, 1845, p. 338 et seq.

procédé pour lequel il se montre maintenant d'une sévérité excessive.

C'est Civiale (1) qui parle : « De très-bonne heure on a conçu l'idée de chercher à franchir l'obstacle au cours de l'urine en y poussant de force des instrumens piquans ou tranchans. Quelques succès enrégistrés par l'histoire joint aux heureux résultats des débridemens du méat urinaire ont même conduit plusieurs praticiens modernes en Angleterre, en Amérique et en France, à proposer des instrumens spéciaux pour scarifier ou diviser la partie rétrécie du canal. L'application de cette méthode hasardeuse est impossible toutes les fois que l'urèthre n'offre plus qu'un très-petit pertuis incapable d'admettre aucun instrument.... L'incertitude et les dangers de cette méthode justifient donc la réprobation dont elle a été frappée par tous les praticiens sages et éclairés malgré quelques succès dus au hasard. »

Néanmoins le célèbre spécialiste des maladies des voies urinaires ne s'élève ainsi contre l'emploi des scarifications que lorsqu'elles ont pour but d'atteindre un rétrécissement de la région spongio-vésicale de l'urèthre, car à ce moment il recommande son *bistouri caché* ou *urétrotome* destiné à l'incision et à la guérison des *brides siégeant au devant de la fosse naviculaire* pour lesquelles la dilatation permanente ou temporaire est insuffisante et ne présente que des inconvénients.

En même temps qu'en France Amussat préconisait son scarificateur, en Amérique Jameson (2) de Baltimore, dont

(1) CIVIALE. Traité pratique des mal. des organes génito-urinaires. Paris, 1837, 1re partie, pp. 247 et seq.

(2) American med. recorder, 1827, vol. XII, p. 329. Nous citons, d'après GOULEY. Loc. cit., p. 77. L'instrument de Jameson se trouve gravé dans l'ouvrage de ce chirurgien.

nous avons déja parlé à propos de l'uréthrotomie périnéale, publiait dans l'*American medical recorder* un cas d'incision nterne fait à l'aide d'un nouvel instrument de beaucoup supérieur à tous ceux connus en France et ailleurs.

Son uréthrotome se rapproche par sa structure de ceux d'aujourd'hui. Il se compose essentiellement :

1° D'une sonde en acier profondément cannelée sur sa surface convexe, d'un tiers plus longue qu'une sonde ordinaire, pour permettre les mouvements nécessaires de la lame tranchante.

2° D'un tube en argent de la même courbure que la sonde cannelée contenue dans sa cavité et présentant une garde à son extrêmité vésicale pour cacher la lame.

3° D'une lame montée sur un fil d'acier analogue à celle de Maisonneuve et glissant dans la cannelure de la sonde en acier.

L'instrument était porté fermé jusqu'au point rétréci, contre lequel butait la garde de la lame qu'on poussait alors et qui incisait d'avant en arrière la stricture.

Avec les chirurgiens qui ont voulu remettre en honneur le procédé de la division interne des rétrécissements, nous arrivons à la fin de cette première période, période de début de la méthode sanglante.

Il n'est pas inutile maintenant de jeter un regard en arrière pour embrasser d'un seul coup d'œil la marche qu'elle a suivie depuis le jour de son apparition en 1540, jusqu'au moment de son discrédit en 1833, et connaître la place qui lui a été accordée auprès des autres méthodes ses rivales, la dilatation et la cautérisation.

La thérapeutique chirurgicale des rétrécissements uréthraux lui a dû beaucoup pendant ces siècles et cependant les chirurgiens lui préfèrent tous, sans exception, les caustiques et surtout les bougies dilatatrices.

Ce fait important de la supériorité incontestable de la dilatation reste acquis dès cette époque ; c'est à elle que s'adressent tous les praticiens ; à elle seule ils reconnaissent l'innocuité et l'utilité, deux qualités essentielles pour assurer à une méthode une valeur et un rang à part, au-dessus de toutes les autres, et en faire une méthode générale de traitement.

Mais l'intervention sanglante comprend deux procédés parfaitement distincts, la section interne permettant au chirurgien d'attaquer l'obstacle de dedans au dehors, et la section externe s'adressant à la stricture de dehors en dedans ; les indications et l'acceptation de ces deux modes d'être n'ont pas été les mêmes pendant cette première période.

L'incision interne, dès son apparition, soulève avec raison les craintes et les critiques des opérateurs ; c'est un procédé inutile et dangereux ; elle ne fait pas plus que la dilatation, obligée de lui ouvrir le chemin et souvent aggrave la lésion par les cicatrices rétractiles qu'elle laisse dans l'urèthre. Les dangers de son emploi non compensés par des avantages sérieux la font abandonner de tout le monde.

L'incision externe, au contraire, mise en usage par des hommes éminents qui ont recours à elle alors seulement que tous les autres moyens sont impuissants, est acceptée avec empressement par un grand nombre de chirurgiens d'élite qui plaident en sa faveur et affirment par des succès éclatants son efficacité incontestable dans des cas désespérés ; malgré leurs efforts, elle succombe cependant sous les coups de ses adversaires, et cela nous ne le voyons pas sans étonnement, si nous considérons que ses ennemis les plus acharnés font appel, pour la remplacer, à des moyens dont ils s'avouent eux-mêmes les dangers terribles.

Période de Renaissance. (*Période de Syme et de Reybard.*)

La seconde période, période de renaissance de la méthode sanglante, s'ouvre aux environs de 1834.

Rappelons qu'à ce moment le procédé des incisions périnéales, sous le coup de l'ostracisme dont l'avait frappé Desault, était complétement abandonné de tous les opérateurs français et à peine mis en pratique par les chirurgiens étrangers.

Celui des incisions internes, malgré le nouvel appui que lui avait apporté Amussat en 1824, tombait en désuétude tant sur le continent qu'au dehors.

C'est alors qu'apparurent deux hommes qui, prenant en main la méthode sanglante, la retirèrent de l'oubli où elle gisait et du dernier rang qu'elle occupait la placèrent d'emblée au-dessus de toutes les autres méthodes ses rivales, dont ils firent table rase.

A eux seuls et en quelques années ils firent plus pour elle que n'avait jamais pu faire leurs devanciers ; ils surent, par leur énergie, par leurs efforts constants, non-seulement la retirer de l'ombre où elle avait été jetée, mais aussi l'éclairer d'un jour si puissant qu'ils se l'approprièrent et en firent une méthode à eux dont leurs noms sont à juste titre à jamais inséparables.

S'il est donc vrai de dire que l'intervention sanglante dans les angusties uréthrales a des droits à une ancienneté plus éloignée peu la fin du commencement de notre siècle, il est aussi de toute justice de reconnaître que c'est seulement à partir de ce moment qu'elle est entrée dans la thérapeutique chirurgicale des coarctations avec Reybard en France, et James Syme en Angleterre.

Le premier devient le rénovateur du procédé des inci-

sions internes, le second fait revivre la pratique des incisions externes.

La part revenant à chacun de ces opérateurs est grande et réclame de nous une étude complète et distincte.

Jugeons d'abord l'œuvre du chirurgien français.

En 1833, au moment où parurent les premiers travaux de Reybard, quelques rares opérateurs pratiquaient encore les scarifications ; le chirurgien lyonnais eut le mérite de comprendre toute la valeur des objections des ennemis de ces éraillures de la muqueuse de l'urèthre ; quoique partisan lui-même dans le principe des scarifications auxquelles il avait eu recours, il sut faire plier ses idées devant la vérité des allégations de ses adversaires et fit litière de ses erreurs.

Loin de nier les accidents attribués à la division superficielle des rétrécissements, il en exagère la gravité (1) ; mais à l'inverse des partisans quand même des autres méthodes, il soutient qu'il ne faut pas voir les dangers dans le fait de porter un instrument tranchant dans l'urèthre, mais dans celui de ne pratiquer qu'une incision légère entamant seulement la muqueuse sous-jacente à la coarctation, sans intéresser cette dernière, et il pose en principe que le chirurgien, désireux d'obtenir la cure radicale de la lésion, doit fendre largement le canal au point rétréci de façon à comprendre dans son incision toute la partie dans laquelle se sont produits les dépôts inflammatoires et plastiques.

Voici comment il entend qu'on agisse :

« Le traitement des angusties organiques par notre méthode d'uréthrotomie intra-uréthrale repose tout entier sur cette double indication :

(1) J.-F. Reybard. Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urèthre. Paris, 1853, p. 342.

1° Pratiquer dans les parois du canal, au niveau du rétrécissement et de dedans en dehors, une incision de 5 à 6 centim. de longueur et pénétrant jusqu'au tissu cellulaire extérieur exclusivement, c'est-à-dire sans intéresser celui-ci ni la peau, incision n'ayant par conséquent en profondeur qu'environ 4 millim ;

« 2° Empêcher la réunion des bords de la plaie pour les faire cicatriser séparément et obtenir, dans l'intervalle qui résulte de leur écartement, une cicatrice mince, souple et large.

« C'est par un uréthrotome de mon invention que je réalise la première de ces indications ; c'est par le pansement, en écartant avec une sonde ou tout autre moyen dilatant les bords de la division, que je remplis la seconde » (1).

Le grand mérite de la révolution, opérée par le chirurgien lyonnais, est d'avoir été radicale ; elle est toute dans les lignes qui précèdent et peut être proclamée ainsi :

1° Les incisions superficielles sont supprimées et remplacées par les grandes incisions.

2° La section était adjuvante dès la dilatation ; les rôles sont intervertis et la seconde viendra désormais en aide à la première.

Née du raisonnement, appuyée par des expériences sérieuses et en apparence démonstratives pratiquées sur des animaux, basée sur un certain nombre de succès obtenus chez l'homme, défendue avec enthousiasme par son auteur, la méthode des grandes incisions de dedans en dehors reçoit une consécration solennelle de l'Académie de médecine qui accorde en 1851 à Reybard le prix exceptionnel de 1,200 francs légué par le marquis d'Argenteuil au meilleur mémoire sur le traitement curatif des rétrécissements de l'urèthre.

(1) J.-F. Reybard. Loc. cit., p. 353.

Soutenu par le crédit de cette haute récompense, qui semble sanctionner sa valeur et le recommander à l'attention des opérateurs, le procédé de la division interne est accepté aveuglément par tous les praticiens français qui, persuadés de tenir entre leurs mains un moyen sûr et radical d'obvier à tous les inconvénients des angusties uréthrales, s'empressent d'entrer dans la voie ouverte par le chirurgien de Lyon.

Les scarificateurs d'hier, les timides de la veille ne connaissent plus d'obstacle capable d'arrêter leur ardeur ; les succès répondent d'abord à leur ardeur, mais bientôt malheureusement l'éclat des guérisons est obscurci par l'ombre des revers.

Plus loin nous reviendrons sur l'appréciation du procédé de Reybard; il nous faut étudier maintenant la part du chirurgien anglais dans la renaissance de la méthode sanglante

A Syme, il faut le reconnaître, le terrain avait été aplani et la tâche rendue plus facile, mais cela seulement en Angleterre, par le célèbre John Guthrie (1), qui en 1830, dans des leçons faites devant le Collége Royal des chirurgiens de la Grande-Bretagne, engageait les praticiens à recourir à la division externe de la coarctation dans les cas où « son épaisseur, sa dureté ou son étendue » entraînent une durée trop longue de la cure par la dilatation; il préconisait aussi de faire l'incision sur la ligne médiane et de l'utiliser comme la meilleure méthode en présence des strictures infranchissables.

Malgré ces recommandations, la section périnéale n'en est pas moins à ce moment considérée comme une méthode

(1) G.-J. Guthrie. Anatomy and Diseases of the Urinary and sexual Organs. London, 1836.

exceptionnelle, lorsqu'en 1844, James Syme fait pour elle ce que Reybard venait de faire pour la divisien interne des strictures.

Doué d'une valeur incontestée et d'une ténacité d'opinion admirable, le chirurgien d'Edimbourg fait plus que donner à la méthode l'appui de son nom; par ses écrits, par ses succès, il appelle sur elle l'attention générale et la présente au monde chirurgical comme susceptible de fournir une ressource des plus précieuses dans les cas rebelles à la dilatation.

Pour lui, il n'admet pas de rétrécissements infranchissables, et il soutient « que si l'urine peut passer alors même que ce ne serait que goutte à goutte on peut toujours introduire un instrument pourvu qu'il soit suffisamment petit et adroitement dirigé (1). »

Cette négation de l'imperméabilité des strictures, dans tous les cas, excepté dans les oblitérations complètes du canal, est pour la théorie de Syme l'idée féconde en résultats pratiques qui domine sa thérapeutique des coarctations. Elle lui permet d'arracher aux deux opérations si graves du cathétérisme forcé et de la ponction de la vessie un grand nombre de rétrécissements qui, pour lors, étaient justifiables seulement de ces moyens extrêmes; elle lui permet d'établir que la section externe doit être préférée par les chirurgiens qui pourront, grâce à elle, non-seulement obvier aux dangers immédiats, à la rétention uri-

(1) James Syme. On stricture of the urethra and fistula in perineo, 2e édit. Edinburgh, 1855, p. 23.

En niant l'existence des rétrécissements infranchissables, Syme ne refuse pas d'admettre les oblitérations possibles de l'urèthre. Cela ressort de ces lignes : « ..... Impermeability has no real existence, except in those rare, exceptionnal cases, were the urethra has been divided by violence, and allowed to cicatrise with obliteration of the passage, beyond the opening at the seat of injury. » Loc. cit., p. 22.

naire, mais encore amener une guérison rapide et durable de la lésion de l'urèthre.

Son procédé applicable aux rétrécissements irritables, rétractiles et rebelles à la dilatation, est d'une sûreté et d'une facilité d'application remarquable, un cathéter cannelé devant toujours être préalablement introduit dans la vessie pour servir de guide au bistouri qui divise de dehors en dedans la portion rétrécie.

James Syme ne se contente pas d'établir les indications de son procédé; il en formule dès ce moment le manuel opératoire, qu'il règle de la façon suivante :

Le patient est placé sur le bord de son lit, dans la position de la taille, les jambes soutenues de chaque côté par un aide; un cathéter d'acier cannelé sur sa convexité est alors introduit à travers le rétrécissement jusque dans la vessie et confié à l'un des assistants. L'opérateur debout ou assis en face fait au périnée, exactement sur la ligne médiane avec un bistouri à dos droit, et tranchant légèrement convexe, une incision de trois centimètres et demi ayant la coarctation pour centre; les tissus sont divisés dans ce même plan jusqu'à la rencontre du conducteur; alors l'opérateur plaçant le couteau sur l'index de la main droite, guide sa pointe sur la cannelure et fait une division complète de la partie rétrécie du canal. L'opération terminée, un cathéter en argent sera placé dans la vessie par l'urèthre et laissé à demeure pendant quarante-huit heures, mais jamais plus longtemps (1).

(1) James Syme. L. cit., p. 39 et 40.
Dans le principe, Syme se servait d'un cathéter cannelé dans toute son étendue, de la pointe au manche; plus tard, ce chirurgien sentant l'inconvénient d'un instrument qui ne donnait aucune indication exacte du siége de la stricture, en fit construire un, composé de deux parties d'inégal volume; l'une destinée à pénétrer dans le rétrécissement, mince et cannelée dans l'étendue de sept centimètres et demi depuis la pointe; l'autre volumineuse pour heurter contre la partie antérieure de l'obstacle, qu'elle révélait ainsi.

Si la tentative de Reybard pour la méthode sanglante fut acceptée au début avec enthousiasme en France, il n'en fut pas de même de celle de Syme en Angleterre.

Ses prétentions au contraire sont le signal d'une véritable guerre civile entre les chirurgiens insulaires, dont les uns prennent parti par la nouvelle méthode, dont les autres se soulèvent d'indignation à la pensée de voir vulgariser la conduite qu'il conseille.

La réprobation semble universelle et les mots sont insuffisants pour exprimer l'horreur des ennemis du procédé de Syme.

C'est une opération difficile, meurtrière et qui n'est jamais indiquée, s'écrie Lizars (1).

Acton soutient que les chiffres des succès du chirurgien d'Edimbourg sont fantaisistes, et que tous ses opérés sont morts (2).

La rédaction de la « Lancette anglaise, » reflet des fluctuations médicales du pays, soutient que « l'opération de M. Syme est le plus grand opprobre de la chirurgie contemporaine. Tout chirurgien qui détruit la vie d'un patient en pratiquant cette opération doit être considéré comme quelqu'un qui se rit de la vie humaine (3). »

Pendant qu'en Angleterre, le procédé de Syme soulève ces tempêtes de protestations indignées; en France, celui de Reybard est diversement apprécié.

Séduits par la promesse de la guérison radicale d'une lésion qui faisait le tourment des chirurgiens et des ma-

(1) LIZARS. Practical observations on stricture of the urethra, 3e éd. Edinburgh, 1853.

(2) ACTON. Traité des maladies des organes génito-urinaires, p. 160. Cité par Follin, in Arch. gén. de méd.

(3) The Lancet, 3 septembre 1853.

lades, nombre d'opérateurs eurent recours aux grandes incisions.

Mais les accidents de diverses natures, parmi lesquels il faut compter les hémorrhagies terribles et l'infiltration urineuse font bientôt revenir les opérateurs de leur premier engouement; sans abandonner toutefois la méthode de l'incision interne, ils en restreignent l'étendue et en même temps l'efficacité : on revient aux erreurs du passé, on remet en honneur les scarifications.

Peut-être aussi faut-il chercher dans un autre motif que celui des accidents provoqués, la réprobation dont plusieurs auteurs frappent à ce moment le procédé du chirurgien lyonnais.

C'était en 1851, le concours pour le prix si désiré du marquis d'Argenteuil (1) venait de s'ouvrir; la méthode sanglante y prit part, représentée surtout par les noms de ses deux rénovateurs : Syme et Reybard; l'Académie de médecine en sanctionnant le procédé des grandes incisions et en couronnant son heureux propagateur, le chirurgien de Lyon, éliminait, du coup, le procédé d'uréthrotomie du praticien d'Edimbourg, et les prétentions des autres concurrents qui soutenaient la théorie des scarifications.

Le Roy d'Etiolles (2) proteste un des premiers dans une lettre adressée à l'Académie de médecine; il y joint une observation inédite d'uréthrotomie intra-uréthrale pro-

(1) Le prix du Marquis d'Argenteuil, accordé à Reybard, a donné lieu à des réclamations violentes de la part des candidats évincés. A ceux qui voudraient avoir une idée de plus ou moins fondée de ces protestations, dont le rapporteur, Robert, a fait justice dans les Bulletins de la Société de chirurgie.

Nous recommandons les ouvrages suivants :

1° G. Guillon. Des rétr. de l'urèthre ou de la stricturotomie intra urétrale, 1[er] fasc., 2° édit. Paris, 1860.

2° J. Syme. Loc. cit., p. 21, et Appendice, p. 101 et seq.

(2) Gazette des hôpitaux, 11 novembre 1852, p. 532.

fonde, suivie d'infiltrations urineuse et de mort, recueillie dans le service de Blandin. « Il résulte, dit-il, que le procédé de M. Reybard fait courir aux malades plus de dangers que la dilatation, la scarification et la déchirure superficielle. »

Ces paroles sont la réédition de la pensée exprimée déjà en 1844 par Civiale lorsque dans une lettre insérée dans le Bulletin de thérapeutique, il écrivait (1) ; « On introduit un instrument tranchant dans l'urèthre; on divise, ou l'on croit diviser une coarctation ; on prescrit l'usage des sondes, et on dit les malades guéris par la méthode des incisions grandes ou petites. Chacun peut apprécier la valeur de pareils faits. »

Le procédé des scarifications ne devait cependant pas longtemps compter le célèbre spécialiste au nombre de ses adversaires, puisque dès 1848 nous le voyons revenu de ses préventions, étendre l'emploi de sa pratique dans les coarctations du méat, aux rétrécissements calleux, durs rétractiles et indilatables des autres régions de l'urèthre. C'est de cette époque que date l'invention de son uréthrotome sectionnant les strictures d'arrière en avant (2).

Reybard, lauréat de l'Académie de médecine, est d'un grand enseignement dans l'étude de la méthode sanglante ; en le déclarant vainqueur, les membres de la commission d'examen jugeaient à la fois l'insuffisance notoire des procédés dans lesquels la muqueuse uréthrale ou une partie seulement de la coarctation est intéressée, et proclamaient la nécessité d'une intervention plus active comprenant non-seulement les tissus indurés mais encore les portions saines sous-jacentes.

(1) Bull. gén. de thérapeutique, t. XXVII, 1844, p. 218.

(2) Bull. gén. de thérapeutique, t. XXXV, 1848, p. 495, et Gaz. des hôpitaux, 19 fév. 1852.

Mais, juges entre deux moyens, qui semblent de prime abord aboutir au même résultat, celui né en France et celui venu d'Angleterre, les mêmes juges consacrent une erreur en octroyant la supériorité à celui de Reybard.

Il serait injuste cependant de penser, comme certains esprits malveillants et jaloux l'ont dit, que l'Académie s'est laissée influencer dans son choix par une inclination trop facile en faveur du chirurgien lyonnais.

L'honorabilité scientifique des membres de cette illustre compagnie est trop au-dessus de ces basses calomnies pour que son honneur en soit atteint et que nous croyons utile de la défendre.

Pour nous, nous trouvons l'explication de ce fait, dans le besoin auxquel répondaient les grandes incisions dont les résultats merveilleux avaient été constatés sous les yeux de la commission.

La pratique de Syme et celle de Reybard en apparence si dissemblables ne sont en somme que deux manières d'être d'un seul procédé, celui des grandes incisions, auxquels l'Académie accordait son suffrage : entre deux concurrents, il fallait cependant un choix, ce fut au chirurgien français dont le travail était accompagné de recherches des plus intéressantes sur les rétrécissements de l'urèthre, que revint le prix.

Mais le fait important de la grande valeur de la section complète des strictures reste acquis dès ce moment.

L'avenir néanmoins se réservait de donner tort à la pratique de l'opérateur français et de montrer l'innocuité de celle du chirurgien d'Edimbourg. Des hémorrhagies terribles, des infiltrations d'urine étendues accompagnent ou suivent les grandes incisions faites de dedans

en dehors, alors que l'on n'observe rien de semblable avec celles pratiquées de dehors en dedans.

L'explication est facile à trouver et nous la rencontrons dans ce fait que Reybard au contraire de Syme respecte la peau sous-jacente au rétrécissement.

En effet, en sectionnant les téguments, Syme ouvrait une large voie à l'excrétion urinaire et facilitait l'hémostase, d'où l'absence d'extravasation du liquide vésical et d'écoulement sanguin.

Ceci n'est point de notre part une simple vue de l'esprit, c'est nous le croyons une vérité; plus tard, en effet, Vidal de Cassis et Ricord constateront à la Société de chirurgie la supériorité de la pratique de Syme.

Le concours pour le prix d'Argenteuil et l'année 1851, marquent donc la date d'entrée, en France, de l'uréthrotomie externe sur conducteur.

La même année, Sédillot, de Strasbourg, se fait le défenseur autorisé de la section périnéale sans conducteur, pour laquelle Civiale, dont on retrouve le nom à chaque instant à cette époque de renaissance de la méthode sanglante, élevait la voix en 1848, tout en la considérant comme une opération des plus épineuses et hérissée de dangers. « Assurément, disait-il, à ce moment, ce n'est point là une raison de renoncer à un procédé utile, car on est en droit d'espérer qu'on parviendra à les atténuer (1). »

En 1851, le chirurgien de Strasbourg répond à cet appel. Moins exclusif que Syme, qui limitait l'intervention opératoire aux cas seuls où un conducteur peut préalablement être introduit à travers la coarctation, Sédillot étend sa pratique non-seulement aux rétrécissements perméables,

(1) Bull. de thérapeutique, Lettre de Civiale, t. XXXV, 1848, p. 401 et seq.

mais aussi à ceux dans lesquels il est impossible de se guider sur un cathéter ou tout autre instrument. Par ses réclamations en faveur du procédé jadis employé par Colot en France, et recommandé si explicitement en Angleterre par John Guthrie et sir Benjamin Brodie, il devient le rénovateur de la section périnéale ou de l'uréthrotomie externe sans conducteur.

Joignant l'exemple à la théorie, Sédillot présente, en 1851, ses deux premiers faits d'uréthrotomie sans conducteur à la Société de chirurgie et proteste contre la réprobation dont l'a frappé l'école de Desault (1).

L'année suivante, dans un mémoire : « *Sur l'uréthrotomie périnéale* (2) *applicable aux retrécissements de l'urèthre* » lu à l'Académie des sciences de Paris, le 27 octobre 1852, il revient sur la question et plaide le procès de l'incision périnéale à laquelle il donne la préférence sur le procédé interne : « ....Les débridements internes supposent l'introduction préalable d'un instrument conducteur et occasionnent des épanchements de sang dans l'urèthre et la vessie, des infiltrations et des suppurations diffuses de la plaie » ; avec l'uréthrotomie périnéale, au contraire, « on n'observe pas de rétention de sang, ni de pus, nulle trace d'étranglement, pas d'inflammations diffuses, ni de pyémie ; la plaie se ferme sur une grosse sonde de gomme élastique et donne une cicatrice souple et mince sans tendance marquée à la récidive de la coarctation. »

Ce jour même, Sédillot communique à la savante assemblée deux nouveaux cas de succès obtenus chez des sujets qui jadis eussent été justifiables du cathétérisme forcé ou de la ponction de la vessie.

(1) Bull. de la Soc. de chirurgie, t. II, 1851, p. 337.

(2) Gaz. méd. de Strasbourg, 12e année, n° 11, novembre 1852, p. 379 et seq.

L'opinion du chirurgien de Strasbourg sur les dangers que fait courir aux malades le procédé de Reybard est adoptée l'année suivante par Michon, qui, dans un rapport sur un mémoire de Guérin « *Sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre* », reconnaît que la méthode de Syme, au contraire, est d'une grande innocuité (1).

Au milieu des discussions et des appréciations diverses auxquelles donne lieu la méthode sanglante, la Société de chirurgie de Paris ne devait pas tarder à entrer en scène.

C'est ce qu'elle fait en 1855.

L'origine de la discussion qui allait s'ouvrir au sein de cette Société, renfermant l'élite des représentants de la chirurgie française, fut la présentation d'un mémoire de Maisonneuve sur la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urèthre.

Ce chirurgien venait d'inventer un uréthrotome nouveau composé de trois parties différentes : une bougie conductrice, longue, flexible et mince, introduite à l'avance dans la coarctation servait à guider un tube cannelé, se vissant sur l'extrémité libre de la bougie, munie en ce point d'un petit ajutage, creusé d'un pas de vis ; le tube cannelé repoussait devant lui et prenait la place du conducteur qui se repliait dans la vessie ; il ne restait plus alors qu'à faire glisser une tige mince d'acier, munie à son extrémité d'une lame triangulaire, tranchante, qui incisait superficiellement d'avant en arrière la stricture ; la section commencée à l'aide de cet instrument, était achevée avec un lithotome ordinaire, ouvert dans le retrécissement.

Prenant pour point de départ la critique de l'innovation instrumentale et clinique apportée par Maisonneuve, la Société de chirurgie (2), élargit le cadre primitif de la dis-

(1) Bull. de la Soc. de chirurgie, t. IV, 1853, p. 125.
(2) Bull. de la Soc. de chirurgie, t. V, 1855, p. 413 et seq., et t. VI, 1856, p. 42 et seq.

cussion devenue plus solenelle, et apprécie l'utilité de la méthode sanglante en général.

Les orateurs qui se succèdent à la tribune sont nombreux et autorisés ; c'est successivement Vidal de Cassis, Ricord, Giraldès, Lenoir, Gerdy, Robert, Voillemier, qui prennent la parole, pour juger l'uréthrotomie.

Les uns, ce sont les moins nombreux, prennent parti pour la méthode en ce sens qu'elle peut dans quelques circonstances rares offrir une certaine ressource.

Les autres n'en veulent jamais, quels que soient les cas.

Cette différence d'opinions n'est néanmoins qu'apparente, et l'on sent bien, à la lecture de rapports de ces séances animées, qu'en somme tout le monde est d'accord pour désavouer la méthode sanglante.

Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à Vidal de Cassis les paroles par lesquelles il se charge de résumer la discussion ; elles sont sévères, mais donnent bien l'appréciation générale des différents membres.

« ...Si vous acquittiez la méthode, dit-il, vous condamneriez les malades et exposeriez plus d'un confrère à des remords. Il y a, en effet, des retrécissements d'une opiniâtreté désespérante, ils s'éternisent et récidivent, malgré la dilatation, mais aussi malgré l'uréthrotomie. «..... Donc, aucune des deux méthodes ne guérira radicalement. Mais, il y en a une qui tue et l'autre qui laisse vivre ; on choisira.... Pour ce qui est de Paris, du moins de la Société de chirurgie, si j'avais la mission flatteuse d'exprimer sa pensée, je dirais : *Point d'urthérotomie.* Mais je laisse à l'ensemble de cette discussion et au bon sens de ceux qui l'ont suivie le soin de conclure. Je ne doute nullement de leur dernier mot » (1).

(1) Bull. de la Soc. de chirurgie, t. VI, 1856, p. 44.

Désavouant ainsi la méthode sanglante, Vidal avait cependant laissé tomber des paroles précieuses : « S'il fallait se décider entre les deux (le procédé de Reybard et celui de Syme), c'est à la pratique de M. Syme qu'il faudrait donner la préférence. Elle est grave sans doute, mais au moins elle est sûre dans son manuel et logique dans sa conception ; on n'agit point au hasard. En ayant sous les yeux le tissu morbide, on est certain de le diviser » (1).

Un mois plus tard, en août 1855, Bonnet, de Lyon, venant communiquer les résultats de sa pratique sur l'incision d'avant en arrière de retrécissements du canal de l'urèthre et sur le débridement suivi de cautérisation par le fer rouge des fistules urinaires, fait éclore une nouvelle discussion parmi les membres de la Société de chirurgie.

L'uréthrotomie ne fut pas plus heureuse cette fois que la première, mais le fait de la supériorité incontestable des grandes incisions sur les petites, s'affirme de nouveau.

C'est Ricord qui relève les prétentions de Maisonneuve avançant que son procédé amène à peine l'écoulement de quelques gouttes de sang, et à l'appui de son dire il rappelle au chirurgien de la Pitié, le fait d'un de ses opérés qui pendant deux jours de suite fut atteint d'une « hémorrhagie extrêmement grave, incoercible, et qui le mit à deux doigts de sa perte (2). »

La véracité de ce fait, emprunté à la pratique récente de Maisonneuve, est corroborée, par ce que Ricord, qui pourtant fait des incisions fort modérées, a observé lui-même dans la sienne; il a vu survenir des hémorrhagies bien graves, bien rebelles, des accidents nerveux, des accès de fièvre pernicieuse.

« Il y a une semaine à peine, dit-il, il pratiqua trois opé-

(1) Bull. de la Soc. de chirurgie, t. V, 1855, p. 407.

(2) Bull. de la Soc. de chirurgie, t. VI, 1856, p. 116 et seq.

rations d'uréthrotomie ; la section ne dépassait pas 7 à 8 millimètres. Un des opérés cependant eut une hémorrhagie excessivement considérable qui dura plus de trente heures et qui était réellement inquiétante. » Sur les deux autres patients, un ne présenta aucun accident, pendant que l'autre eut sa vie fortement compromise par la fièvre urineuse et ne guérit qu'après avoir suscité les plus vives inquiétudes.

Ces accidents provoqués par les petites incisions amènent Ricord à dire : « Il faut avouer que si les grandes incisions entraînent des dangers menaçants, elles ont parfois des suites assez simples, et reconnaître jusqu'à un certain point, avec M. Syme, qu'elles peuvent être moins graves que les scarifications limitées. »

C'est également l'avis de Robert, qui l'exprime ainsi : «... Si on met dans la balance les accidents qu'entraînent les grandes incisions et ceux qui découlent des petites, et surtout la prise qu'on a sur eux, on en arrive à incliner vers les premières. »

Au dehors de la Société de chirurgie, Malgaigne et Nélaton professent les mêmes opinions. Sans se porter absolument contre la méthode sanglante, le premier (1) voit sa plus grande contre-indication, dans le fait de la dilatation, nécessaire à l'introduction des instruments employés pour les incisions intra-uréthrales. « Quand un rétrécissement a commencé à se dilater, dit-il, généralement les plus grandes difficultés sont vaincues et l'on n'a qu'à continuer l'emploi des bougies. » Dans les rétrécissements, qui ne cèdent ni à la dilatation ordinaire, ni à la cautérisation, on pourrait tenter les scarifications, mais cependant leur application doit être

(1) Malgaigne. Manuel de méd., opér. 8e édit. par Lefort, 2e part. Paris, 1877, p. 563.

bien rare, si elle existe, car il reconnaît qu'il n'a pas encore trouvé l'occasion d'y recourir. Dans les strictures absolument rebelles, les grandes incisions de Reybard, malgré l'abus qu'on en a fait, peuvent offrir une ressource précieuse ; quant à la boutonnière, « c'est un moyen extrême qu'il faut réserver pour les cas extrêmes. » Au total, pour le professeur de médecine opératoire, « la dilatation progressive suffit dans l'immense majorité des cas. »

Telle est aussi la manière de voir de Nélaton (1) sur les incisions limitées produites par l'uréthrotome de Maisonneuve et les différents instruments basés sur le même principe. « Tout porte à croire dit-il, que ces plaies ne sont ni assez larges, ni assez profondes pour que le canal de l'urèthre s'élargisse spontanément ; car jamais le tissu de l'urèthre ne se trouve divisé dans une profondeur égale à la saillie de la lame. L'expérience a prouvé que l'instrument après avoir divisé le tissu morbide, qui est solide, résistant, glisse sur le tissu sain qui est beaucoup plus élastique ; ainsi donc, on ne doit compter que sur l'incision du tissu morbide et encore ne peut-on avoir une certitude absolue, puisque, dans les cas de rétrécissement très-élastiques, celui-ci fuit devant la gaîne et devant la lame et ne se laisse diviser que superficiellement. » Blâmant ainsi les incisions telles qu'on les pratique aujourd'hui, Nélaton admet d'un autre côté que malgré leurs dangers incontestables il faut réserver les grandes incisions de Syme et de Reybard « comme une ressource précieuse pour les cas de rétrécissements réfractaires aux méthodes jusqu'ici connues. »

La défaveur inspirée par les petites incisions semble gé-

(1) Nélaton. Eléments de pathol. chirurgicale. Paris, 1859, p. 399 et seq.

nérale et à part Civiale et Maisonneuve, qui y ont largement recours, nous ne rencontrons à cette époque que des chirurgiens qui, affirmant leur inefficacité et leur dangers, engagent vivement à recourir à la pratique de Reybard et surtout de Syme, la seule absolument indispensable dans certains cas de coarctations. Nous connaissons déjà la plupart de ces chirurgiens par les discussions de la Société de chirurgie ; il faut y ajouter les noms de Foucher, de Goyrand (d'Aix) et de Bourguet (d'Aix).

Dans un *Mémoire sur les indications, les résultats et le manuel opératoire de l'uréthrotomie externe* (1), le chirurgien de Paris expose d'une façon très-claire les services qu'on doit demander à la section périnéale ; dans les cas de rétrécissements infranchissables, il préfère aux incisions internes, qui dans ce cas devraient être profondes, la section de dehors en dedans. L'opération de Syme est encore indiquée d'après lui dans les coarctations rebelles à la dilatation et dans les rétrécissements durs, accompagnés de fistules et de fausses routes.

Foucher, en somme, énonce dans ces conseils les mêmes idées jadis exprimées par Mercier (2) disant : « ...S'il m'arrivait de rencontrer un cas où ces deux méthodes (la dilatation et les petites incisions multiples) fussent impuissantes, de toutes les uréthrotomies profondes, c'est l'externe que je préfèrerais comme plus sûre et moins dangereuse. »

Goyrand, d'Aix (3), professe les mêmes opinions en des termes aussi nets : « Cependant il est des rétrécissements

(1) Union méd., 27 déc. 1860, p. 644 et seq.

(2) MERCIER. Recherches sur le trait. des mal. des organes urinaires, p. 463.

(3) GOYRAND (d'Aix). Clinique chirurgicale. Paris, 1870, p. 516. Mém. lu à la Soc. de chir. de Paris en 1855.

durs et élastiques qui ne cèdent ni à la dilatation ni à la cautérisation, dans lesquels les sondes, même d'un fort calibre, ne produisent pas d'élargissement durable... C'est dans ces rétrécissements réfractaires que l'on doit avoir recours à l'uréthrotomie, mais ce n'est pas par les mouchetures, les incisions superficielles qu'on peut atteindre le but; l'incision de toute l'épaisseur de la paroi uréthrale estnécessaire et elle doit être suffisamment prolongée en avant et en arrière du rétrécissement. En un mot le procédé de Symè et celui de Reybard peuvent seuls dans ce cas amener la guérison. »

Imitant la manière de faire employée déjà par W. H. Robert (1) et Roux, de Toulon (2) Bourguet, d'Aix (3), en 1856, a recours à une modification de la section périnéale consistant dans l'excision totale du rétrécissement et du tissu cicatriciel , il a pour but d'obtenir ainsi un canal de nouvelle formation non rétractile et donne à son procédé le nom d'uréthrotomie collatérale.

En même temps que le procédé de Syme se faisait connaître sur le continent, celui des incisions limitées de Civiale et Maisonneuve traversait le détroit et arrivait en Angleterre. Il y fut accueilli avec froideur par les chirurgiens qui avaient constaté déjà les résultats fournis par la section interne avec l'instrument de Stafford.

A ce moment du reste, la section périnéale avait les préférences des opérateurs revenus de leurs craintes exagérées du début; l'uréthrotomie interne avait beaucoup à faire pour détrôner dans le pays sa rivale heureuse, surtout après les accidents, quelquefois mortels qui accompagnèrent son

(1) W.-H. Robert. Gaz. méd. de Paris, t. V, p. 299, 1837.
(2) Roux (de Toulon). Gazette des hôpitaux, 1859.
(3) Bourguet (d'Aix). Bulletin de la Soc. de chirurgie,

emploi, indisposèrent rapidement les praticiens contre elle et la firent repousser à la presque unanimité.

« La division des strictures avec un instrument tranchant introduit dans le canal, est le procédé le plus incertain, le plus dangereux et je puis dire le plus inutile auquel on puisse recourir » dit Samuel Wilmot (1) dans son *Traité des rétrécissements de l'urethre*. Il faut lui préférer l'uréthrotomie externe pour laquelle la profession doit à Syme les plus grands remercîments.

Henry Smith, chirurgien du *Westminster Dispensary* considère l'uréthrotomie interne comme une méthode dangereuse surtout pratiquée d'avant en arrière; « elle est quelquefois rapidement fatale et en outre plus rapidement suivie du retour de la lésion que la dilatation » (2).

James Arnott précise encore davantage l'accusation et lui reproche dans un article du *Medical Times and Gazette* « d'avoir souvent entraîné une issue fatale par hémorrhagie, par infiltration urinaire et par pyhémie » (3).

En 1862, faisant la revue des progrès de la chirurgie pendant la dernière décade, Henry Collis chirurgien de *Meath Hospital*, après avoir constaté, que l'incision interne jadis en faveur en Angleterre a été complétement délaissée et est presque tombée dans l'oubli finit par ces mots : « Un mode de traitement plus dangereux peut difficilement être conçu » (4).

Moins sévère pour elle, John Hamilton (5), de *Rich-*

(1) S. WILMOT. Obs. on the Treatm. of stricture of the urethra, cité in Dublin quart. journ., 1857, v. 23, p. 310.

(2) H. SMITH. On stricture of the urethra. London, 1857.

(3) Medical Times and Gazette, february 1861.

(4) Retrospect of the Progress of Surgery during the last decade, by M. H. COLLIS. In Dublin Journ., mai 1862, p. 420.

(5) On cases of stricture, etc., by J. HAMILTON. In Dublin Journ., mai 1855, p. 286.

mond Hospital, la réserve pour les retrécissements du méat et de la portion pénienne de l'urèthre, opinion exprimée l'année précédente à la *Medical Society* de Londres dans la séance du 13 mai 1854, par Henry Smith qui, repoussant la section interne, dans la majorité des cas, la conservait pour les strictures siégeant dans la partie libre de la verge, à la distance d'un pouce ou d'un pouce et demi de l'orifice (1).

Plus heureuse que l'incision intra-uréthrale la division périnéale jouit en ce moment en Angleterre de toute sa splendeur ; malgré les critiques violentes que son apparition avait soulevées, elle s'est établie sur des bases tellement solides, qu'à l'heure actuelle, presque tous les chirurgiens de la Grande-Bretagne, W. Coulson, Curling, Fergusson, Erichsen, Henry Lee, Thompson, Mackensie (2) et tant d'autres, dont l'énumération serait trop longue, l'emploient journellement dans leur pratique civile et hospitalière.

Leur exemple devait être suivi et leurs succès renouvelés sur le continent. Nous avons vu différents membres de la Société de chirurgie de Paris prendre la défense du procédé de Syme ; nous pouvons ajouter à leurs noms ceux de Verneuil (3) et de Follin (4) et nous connaîtrons ainsi les opérateurs français qui ont accueilli avec faveur la section périnéale.

La période de renaissance de la méthode sanglante se ferme à ce moment. Avec la troisième et dernière nous allons voir se continuer le mouvement de diffusion déjà commencé au delà et en deçà de la Manche. A mesure que l'uréthroto-

(1) The Lancet, vol. I, 1854, p. 543.
(2) The Lancet, passim.
(3) Verneuil. Thèse d'Andrade.
(4) Follin. Bulletin de la Société de chirurgie.

mie externe est acceptée en France, l'uréthrotomie interne se répand en Angleterre, où elle motivera bientôt, à l'époque actuelle, le même enthousiasme qu'elle avait suscite en France, lors de son apparition.

La transition, entre les deux dernières phases de l'histoire de la méthode sanglante, pour être moins brusque que la précédente n'en est pas moins indiquée par l'étude attentive des faits qui ont noté sa marche.

Si dans la première période, l'intervention sanglante fut complétement abandonnée, pendant la seconde, les critiques qu'elle occasionne ne suffisent pas à empêcher ses partisans de l'utiliser. Mais sa lutte pour l'existence met les chirurgiens dans l'impossibilité d'établir ses indications et lui faire une part méritée dans la thérapeutique des coarctations. Dans les années suivantes le mouvement en sa faveur va s'accentuer, les critiques les plus violentes apaisées, chacun travaillera, pour sa part, à définir exactement son rôle et ses applications.

PÉRIODE D'ÉTAT.

La discussion nouvelle ouverte à la Société de chirurgie en 1863 sert de trait d'union entre la période de renaissance et la période contemporaine sur laquelle nous glisserons rapidement pour abréger autant que possible cet historique déjà fort long.

Depuis 1855, l'uréthrotomie a gagné beaucoup de terrain; malgré la timidité ou les restrictions avec lesquelles elle est acceptée par quelques chirurgiens, il n'en ressort pas moins que c'est une opération courante et passée dans la pratique.

La discussion s'engage avec Dolbeau (1), qui apporte 37 cas d'uréthrotomie interne et 1 d'uréthrotomie externe. Pour ce chirurgien, le danger de l'uréthrotomie interne réside dans les incisions trop profondes.

Morel Lavallée n'accepte pas les résultats brillants de l'uréthrotomie interne. Il se déclare partisan acharné de la dilatation et se fait un honneur de n'avoir pas trouvé, durant sa carrière chirurgicale déjà longue, une seule occasion de pratiquer l'uréthrotomie. Reybard au contraire prétend que l'uréthrotomie est le seul traitement applicable aux rétrécissements. Verneuil n'a jamais pratiqué l'uréthrotomie interne, mais il n'est pas ennemi de l'opération. Trois fois il a fait des uréthrotomies externes et trois fois il a réussi.

Deux ans plus tard, en 1865, Perrin, qui s'était déjà porté comme défenseur du procédé de l'incision interne, se place hardiment sur le terrain des affirmations et déclare que l'uréthrotomie ne doit plus être considérée comme un élément accessoire de la dilatation progressive. C'est une opération qui n'a pas été appréciée à sa juste valeur. « Il semble, dit-il, que c'est une de ces opérations qui résistent mal à la critique, par cela qu'elles ont grassement végété pendant longtemps à l'ombre du *spécialisme.* » Pas plus que l'uréthrotomie, la dilatation ne met à l'abri des dangers et des complications, t si elle ne tue pas, elle laisse mourir. Le grand avantage de l'uréthrotomie interne, c'est de porter secours aux délaissés de la dilatation. « C'est une méthode éminemment perfectible dans ses indications, dans son instrumentation, dans les soins qu'elle réclame, qui doit être préférée comme méthode générale à la dilatation progressive, méthode éminemment routinière et impuissante. »

(1) Bulletin de la Société de chirurgie, année 1863, pp. 209 et seq. 1865.

C'est en ces termes que Perrin faisait le procès de la di-
ation et appuyait sa plaidoirie en faveur de l'uréthroto-
e interne sur les statistiques un peu d'imagination
ut-être de Maisonneuve.

Alphonse Guérin prie la Société de chirurgie de se mettre
garde contre les entraînements de la communication
illante de Perrin. Les statistiques apportées par lui ne
nt pas sérieuses ; Maisonneuve se contente de garder ses
alades huit jours et les renvoie après. Qui donc peut don-
r des renseignements sérieux et précis sur les résultats
l'opération ? Pour lui, laissant de côté le mirage trom-
ur des statistiques vaporeuses et de souvenir, il dilate,
quand la dilatation est impossible, il incise.

Voillemier s'associe à la critique de Guérin ; de plus, il
ouve que Perrin fait trop peu cas de la dilatation progres-
ve ; Reybard lui aussi affectait le même mépris, mais en
53 il faisait amende honorable.

Demarquay est partisan de l'uréthrotomie superficielle.

Desormeaux, se plaçant sur le terrain intermédiaire de la
nciliation, déclare que dans tel cas il faut pratiquer la
latation, dans tel autre l'uréthrotomie. Les deux opéra-
ons sont dignes du droit de cité.

Follin, apportant des faits heureux tant d'uréthrotomie
terne qu'externe, se prononce en faveur de l'intervention
ır l'instrument tranchant.

Trélat, résumant le débat, approuve ce qui a été dit par
ollin et Perrin, mais contre ce dernier il est partisan de
dilatation préalable et consécutive.

Dolbeau croit que l'enthousiasme de Perrin pour l'uré-
ırotomie est allé trop loin. Si par l'incision, le canal récu-
ère ses dimensions, il ne les conserve pas toujours et il
st sage pour assurer le résultat définitif de poursuivre la
latation pendant longtemps. De plus, cette opération ex-

pose à de nombreux et sérieux accidents qu'il énumère : fièvre, hémorrhagie, récidive, etc., etc.

Dolbeau conclut que l'uréthrotomie étant absolument plus grave comme opération, ne doit pas être substituée à la dilatation comme méthode générale de ttraitement : Que l'uréthrotomie ne procurant peut-être jamais de cure radicale, il est sage de maintenir les résultats obtenus en employant la dilatation consécutivement à la section de l'obstacle.

Ces deux séances de la Société de chirurgie quelque peu concluantes qu'elles soient n'en démontrent pas moins les progrès accomplis par la méthode sanglante et surtout par l'uréthrotomie interne; en 1855, l'exclusion prononcée avait été générale, aujourd'hui elle trouve quelque faveur et déjà bien des chirurgiens s'occupent de poser ses indications, qui cependant n'ont été établies que de nos jours.

Dans les années suivantes, on s'est beaucoup occupé de cette question et nombre de mémoires ou de thèses ont paru sur le sujet. Parmi les plus importants, nous citerons celui d'Eugène Bœckel, de Strasbourg, paru dans la *Gazette médicale* de cette ville ; il se fait le défenseur de la section périnéale qui lui a donné de beaux succès dans des cas désespérés ; celui de Dudon, de Bordeaux, qui a soutenu sa thèse inaugurale en 1867 sur *l'uréthrotomie externe.*

De nos jours, l'opinion des chirurgiens des divers pays est partagée. Les uns, partisans enthousiastes de l'uréthrotomie interne, la considèrent comme la seule thérapeutique vraiment efficace des coarctations uréthrales ; d'autres ont souvent recours à elle, mais ils ne manquent pas de reconnaître ses inconvénients, quelques-unes enfin pratiquent exclusivement l'uréthrotomie externe.

En France, M. Gosselin (1) a recours à l'uréthrotomie in-
ne ; mais il considère comme très-redoutable le passage
une seule goutte d'urine sur la plaie produite par l'instru-
ent. Aussi emploie-t-il une thérapeutique spéciale pour
odifier les fonctions rénales et surtout la nature de
rine excrétée. L'emploi de l'instrument tranchant n'est
pendant pas pour lui dépourvu de danger, puisqu'il
nseille de n'y recourir que chez les malades des hôpi-
ux.

Le successeur de Civiale, M. Guyon, peut être considéré
mme le plus enthousiaste de tous les partisans de la sec-
on interne. Il la pratique souvent dans son service, à
hôpital Necker, et si ses deux élèves, MM. Reverdin (2)
Martinet (3), ont fidèlement rapporté ses idées, on peut
re que le chirurgien de la rue de Sèvres considère l'uré-
rotomie interne comme d'une efficacité et d'une innocuité
solues.

La pratique de M. Labbé (4) est identique à celle de
. Guyon.

Celle de M. Péan diffère de celle des chirurgiens précé-
ents : « Dans les cas de retrécissements uréthraux rebelles
la dilatation, le chirurgien de Saint-Louis préfère à
uréthrotomie interne, à moins d'indications spéciales,
emploi du divulseur cylindrique de Voillemier » (5).

Dans son édition du *Traité de médecine opératoire*, de

(1) Gosselin. Clinique chirurgicale de la Charité, vol. II.

(2) Reverdin. Etude sur l'uréthrotomie interne. Thèse de Paris, 370.

(3) Martinet. Etude clinique sur l'uréthrotomie interne. Thèse de aris, 1876.

(4) Labbé. Leçons de clinique chirurgicale. Paris, 1876, p. 77.

(5) Gillette. Chirurgie journalière des hôpitaux de Paris, 1878, 289.

Malgaigne, M. Le Fort (1) déclare qu'une seule fois il a pratiqué l'uréthrotomie externe dans un cas de retrécissement infranchissable et qu'il a eu plein succès ; toutefois deux ans après, il s'est produit une récidive. « Depuis, écrit M. Le Fort, dans les ruptures traumatiques de l'urèthre, dans les rétrécissements infranchissables accompagnés de rétention, cas dans lesquels l'intervention est urgente, j'ai eu recours à la ponction de la vessie et à la sonde à demeure, ce qui m'a permis de gagner du temps, de traiter le rétrécissement par les méthodes normales, et cette conduite m'a toujours réussi. » Cette pratique est absolument abandonnée et personne plus aujourd'hui ne partage l'erreur de Desault et de son école.

Quant à l'uréthrotomie interne, voici ce qu'en pense M. Le Fort : « L'uréthrotomie interne jouit aujourd'hui de la faveur de beaucoup de chirurgiens, et cela se comprend ; elle a, il faut bien le reconnaître, des côtés séduisants ; elle est peu dangereuse, dit-on, elle rétablit de suite la largeur du canal, et la rétablit d'une manière permanente, car la sonde à demeure empêchant la plaie de se refermer, l'uréthrotomie a pour effet « d'ajouter une pièce à un vêtement trop étroit. » Cette explication ne peut être acceptée par un chirurgien : ce qu'on obtient, c'est un tissu cicatriciel qui se rétracte, rapproche les deux lèvres de la plaie ; et quand l'uréthrotomie réussit, c'est parce que la sonde à demeure a dilaté toute la circonférence du canal et a fini à la longue par vaincre la tendance à la rétraction des tissus. Quoi qu'on en dise, les cas de mort ne sont que trop fréquents dans un traitement qui comprend des méthodes exemptes de tout danger et tout aussi sûres que l'uréthrotomie, et, pour ma part, les deux premières opérations que

(1) Le Fort. Malgaigne. Traité de médecine opératoire, revu par Le Fort, 8e édit., pp. 564 et seq.

j'ai vu faire par Richard, lequel, il est vrai, suivant son expression, « jouait du violon dans l'urèthre », ont été suivies de mort. Quant aux récidives que l'uréthrotomie a la prétention de prévenir mieux que toute autre méthode, il suffit de dire que sur les vingt et un malades dont l'observation est donnée dans le travail de Reverdin, travail consacré à faire l'apologie de la méthode, on peut constater ce détail assez piquant que sur vingt et un malades uréthrotomisés par Guyon, sept, c'est-à-dire le tiers d'entre eux, avaient déjà été, sans succès, on le voit, uréthrotomisés par d'autres, et même quelques-uns d'entre-eux avaient pu éprouver plusieurs fois les heureux effets de la méthode; deux avaient été uréthrotomisés deux fois, un avait été uréthrotomisé déjà trois fois par Civiale. La quatrième uréthrotomie l'avait-elle guéri ? On ne saurait rien affirmer, puisque l'observation nous apprend seulement que la guérison persiste trois mois après sa sortie de l'hôpital. » Voilà le jugement que M. le professeur de médecine opératoire a porté sur l'uréthrotomie interne; il la considère comme une opération inefficace et dangereuse ; d'un autre côté, la section externe ne donne pas pour lui de bons résultats, il a alors imaginé la *dilatation immédiate progressive*, du manuel opératoire, de laquelle nous n'avons pas à parler ici et qui lui a fourni sept années de succès.

M. Desprès (1) condamne absolument l'uréthrotomie interne. « C'est une invention de notre siècle, dit-il ; on avait d'abord proposé de scarifier le retrécissement, et c'est Reybard qui, certainement, a le plus contribué à vulgariser l'uréthrotomie. Cette opération a été acceptée avec empressement comme toutes les thérapeutiques lucratives, mais

(1) DESPRÉS. Traité de chirurgie journalière, p. 440. Paris, 1877.

elle a déjà vécu et sa célébrité n'aura pas égalé la célébrité du traitement des retrécissements par les caustiques.

J'ai vu une fois dans ma vie faire une uréthrotomie par Ad. Richard, à l'hôpital des Cliniques. En juillet 1860, Richard remplaçait Nélaton. Un garçon de 23 ans vint à l'hôpital avec un rétrécissement peu serré, admettant facilement une bougie de 4 millimètres. Richard fit séance tenante l'uréthrotomie avec l'uréthrotome de Maisonneuve; trois jours, après le malade était mort d'infection purulente urineuse.

Je n'ai jamais pardonné cette mort à l'uréthrotomie. Depuis que les chirurgiens, qui ne s'adonnent pas à la spécialité ont étudié l'uréthrotomie et ont traité la question, on a vu de suite combien il fallait rabattre du dire des uréthrotomistes, et les bons esprits sont convenus que l'uréthrotomie pouvait être à peine réservée pour les cas où le retrécissement résistait à la dilatation. »

M. Tillaux, dans sa thèse d'agrégation et dans son Traité d'anatomie chirurgicale, partage l'opinion émise par Dolbeau à la Société de chirurgie en 1863; il considère l'uréthrotomie interne comme adjuvante de la dilatation, qui est pour lui la méthode générale thérapeutique des retrécissements de l'urèthre.

Enfin, M. Heurteloup (1) a dans les cas de retrécissements péniens commence par employer la dilatation temporaire ou permanente ; s'il échoue, il fait usage de son uréthrotome, et s'il n'obtient pas de résultat, il pratique l'uréthrotomie externe en essayant séance tenante le cathétérisme rétrogade.

A Lyon, M. Bron (2), jadis partisan de l'uréthrotomie

(1) GILLETTE. Chirurgie journalière des hôpitaux. Paris, 187[illegible] p. 547.

(2) Collection du Lyon médical.

:terne, a vite reconnu les inconvénients de la méthode : :tuellement, dans tous tous les cas, il a recours à l'uréırotomie externe qu'il considère comme inoffensive et ›portant une guérison souvent permanente.

Si nous passons en Angleterre, nous verrons que la secon interne, jadis si vivement incriminée, a fait de nomreux prosélytes parmi les opérateurs de ce pays. Ce reviement d'opinions est surtout dû aux leçons professées par hompson. Voici ce qu'il écrivait en 1868 dans son Traité es rétrécissements (1) : « L'uréthrotomie interne est indiuée dans presque tous les rétrécissements affectant le ıéat externe de l'urèthre; et pour beaucoup de cas de tricture située au milieu de la partie spongieuse contre esquels la dilatation a échoué, c'est le traitement le plus fficace qui existe. Elle est utile aussi dans quelques cas e stricture de la portion bulbeuse non susceptible de uérir par la dilatation, une simple incision qui n'est pas op profonde étant dépourvue de tout danger et facilitant ouvent la guérison du rétrécissement par la dilatation. :nfin, elle est utile aussi dans ces cas rares où l'urèthre st rétrécie et indurée en plusieurs endroits ou dans une rande partie de son étendue, la dilatation étant alors ıefficace. Mais dans ces deux dernières classes de stricture, e traitement par la rupture est peut-être aussi utile dans eaucoup de cas et beaucoup plus facile à pratiquer. »

Il a été suivi dans cette voie par Durham, Berkeley Hill, :dward Lund, Annandale, Harrisson et surtout Teevan.

Arthur Durham, chirurgien de Guy's Hospital, accepte a section interne qu'il considère comme une bonne opéraion, tout en faisant cette restriction, que le tissu cicatriciel

(1) THOMPSON. Loc. cit., p. 216.

pourra tout aussi bien se reformer, qu'après l'emploi ordinaire des bougies dilatatrices (1).

Edward Lund, chirurgien du Royal infirmary de Manchester (2), accepte entièrement la pratique de Thompson et regarde l'uréthrotomie interne comme un procédé innocent, et cependant il a observé l'hémorrhagie et l'infection purulente après.

Reginald Harrisson, de Liverpool, accepte la division interne comme un procédé sûr et bénin qu'il réserve pour les cas de rétrécissements anciens indilatables (3).

Thomas Annandale, d'Edimbourg, l'utilise dans les rétrécissements spasmodiques et rétractiles (4).

C'est surtout Teevan, après Thompson, qui a contribué à faire accepter, par sa pratique et par ses nombreuses communications, l'uréthrotomie interne dans la Grande-Bretagne (5).

En dehors des chirurgiens dont nous venons de parler, les autres opérateurs anglais préfèrent la section périnéale à l'uréthrotomie interne, que certains d'entre eux rejettent absolument. Nous trouvons parmi ces derniers, Edward Atkinson, de Leeds (6), John Hill, de Londres et Thomas Bryant, chirurgien de Guy's Hospital (7), qui admet en principe que les rétrécissements doivent être traités en général par la dilatation à laquelle ils cèdent. « Mais

(1) The British medical Journal, 16 mars 1878, p. 358.

(2) E. Lund. Internal urethrotomy. London, 1877, passim.

(3) R. Harrisson. Stricture of the urethra. London, 1878, p. 10 et seq.

(4) Annandale. Medical Times and Gazette, 12 décembre 1874, p. 653.

(5) Teevan. Medical Times and Gazette, 27 sept. 1873 et 27 juin 1874, p. 694, et The Lancet à partir de 1869.

(6) Atkinson. British medical journal, 16 mars 1878.

(7) Bryant. A manual for the practice of surgery, 3e édit. London 1879, p. 135.

toutes les strictures ne peuvent être traitées par la dilatation parce que « certains cas se rencontrent quelquefois où « les rétrécissements sont si facilement irritables, que le « passage d'un cathéter, même introduit par une main habile, est suivie de troubles constitutionnels et locaux si « graves qu'ils produisent plus de mal que de bien, et dans « lesquels on doit avoir recours à une autre méthode de « traitement....; » et je pense, aujourd'hui, comme lorsque j'ai écrit les paroles précédentes que le traitement le plus profitable est la division externe de la stricture par le périnée.

Le courant d'opinion qui se produit en ce moment-ci en Angleterre en faveur de l'uréthrotomie interne a été, suivant nous, apprécié à sa juste valeur par Ollivier Pemberton, professeur de chirurgie à Queen's College, et chirurgien de l'hôpital général de Birmingham. Dans un mémoire sur le *Traitement des rétrécissements organiques de l'urèthre*, après avoir refusé sa confiance à la sécurité et à la sûreté de ce traitement, il dit : « Mon opinion est, qu'à l'heure actuelle, cette question provoque une sorte d'effervescence parmi les chirurgiens. « On s'ingénie partout à inventer de nouveaux instruments pour la section interne de strictures uréthrales. Les succès, qu'a donnés la dilatation patiente et systématique sont oubliés, pendant qu'on dépense plus de talent qu'un Brunel dans la construction de plus de machines et d'instruments que ne pourra jamais en comporter, à mon avis, la thérapeutique saine et efficace de cette maladie (1). »

En Amérique, l'uréthrotomie interne trouve moins de partisans ; la divulsion et la dilatation rallient à elles la majorité des opérateurs qui dans les cas rebelles s'adressent à la section périnéale.

(1) The Lancet, vol. I, 1878, p. 452.

Gouley, de New-York, regarde cette dernière comme une opération peu dangereuse ; il la préfère à la section interne dans les rétrécissements profondément situés ; dans ceux de la portion libre de l'urèthre, il recourt plus souvent à la divulsion qu'à la section intra-uréthrale. « Ma préférence, dit-il, est maintenant (dans ces cas) pour la divulsion, et je ne me sers de l'uréthrotomie interne que dans les rétrécissements rebelles de la partie anté-scrotale du canal (1). »

Van Buren conseille l'uréthrotomie périnéale et dit : « Les dangers de cette opération dépendent des conditions que nécessite son emploi, plutôt que du procédé lui-même (2). »

Le Dr Markoe exprime la même opinion en ces termes dans une leçon clinique sur la section périnéale : « Il doit être évident, pour nous, que les succès ou les insuccès de ce procédé dépendent des conditions du malade pour lequel l'opération devient nécessaire ; que les dangers de l'opération elle-même, peuvent difficilement être séparés de ceux de la maladie pour laquelle elle est faite (3). »

Caswell, de Boston, plaide pour la dilatation rapide dans les rétrécissements ordinaires et pour l'incision périnéale dans les cas traumatiques ou combinés avec une fistule périnéale (4).

Gross (5), de Philadelphie, dit : « Que lorsque la stricture est très-ancienne, serrée et rebelle à la dilatation et à la cautérisation, surtout si elle est située en avant du bulbe, on pourra recourir à la section. Si dans les mêmes conditions, elle est située en arrière, la rupture est indiquée. »

(1) Gouley. Diseases of the Urinary organs. New-York, 1873, p. 83.

(2) Medical Record, vol. I, p. 280.

(3) American med. Times, vol. I, p. 55, cité par Gouley.

(4) Caswell. Fifteen cases of stricture of the urethra. In Boston méd. and surgical journ., 1876, p. 631.

(5) Gross. A system of surgery, 5e édit., vol. II. Philadelphia, 1872, p. 821.

Il se sert de l'uréthrotome de Civiale et place une sonde à demeure dans la vessie, pendant vingt-quatre heures.

Quant à l'uréthrotomie externe, il la réserve pour les rétrécissememenis traumatiques, pour les cas compliqués d'induration périnéale et de fistules, et pour les coarctations indilatables par la rupture.

Dans le même pays, le Dr Otis, de New-York (1), fait un large emploi de la section interne des rétrécissements, qu'il regarde comme une méthode générale de traitement des strictures de la portion libre de la verge ; sa pratique, différente de tout ce que nous avons vu jusqu'à présent; ses recherches originales sur le siége des coarctations du canal, méritent une description particulière de notre part ; nous la faisons d'après une leçon professée sur ce sujet à University College, par Berkeley Hill (2).

« Les points principaux des théories d'Otis sont :

« 1. L'urèthre de l'homme varie beaucoup de calibre, suivant les personnes. D'où il résulte qu'un instrument suffisammént volumineux pour tel individu, le sera trop ou pas assez pour tel autre.

« 2. L'urèthre est réellement plus large qu'on ne l'enseigne généralement.

« 3. Le méat urinaire est normalement aussi large que le reste du canal.

« 4. L'écoulement purulent est toujours dû à un rétrécissement. « C'est le signal, que la nature a suspendu, pour « appeler l'attention sur ce fait, qu'il existe une stricture « quelque part. »

« 5. Sous le titre de stricture, le Dr Otis comprend ces indurations récentes qui ne sont pas assez considérables pour empêcher le passage de l'urine ou pour pro-

(1) Otis. Stricture of the male urethra. London 1878, passim.
(2) The Lancet, 13 février 1875.

duire des symptômes autres qu'un écoulement purulent.

« Mais il soutient que ce sont de véritables brides de tissu contractile produites par le processus inflammatoire.

« 6. Les rétrécissements sont plus fréquents dans le premier pouce à partir du méat, et moins fréquents à mesure que la distance augmente à partir de l'orifice.

« 7. La division complète de la stricture et le maintien des parties incisées dans leur écartement naturel, jusqu'à complète cicatrisation de la plaie, prévient le retour de la récidive et de plus *cause l'absorption des tissus indurés dans les points malades.* »

Quelquefois Otis combine les deux incisions externe et interne; cette manière de faire a l'avantage de permettre la division en une seule séance de tous les rétrécissements sans faire à la paroi externe de l'urèthre d'autre ouverture qu'une boutonnière suffisante pour le passage de l'urine et du pus. En Portugal l'uréthrotomie interne a été employée pour la première fois par Barbosa de Lisboune (1).

En Suisse, en Italie, en Allemagne, la section externe a été successivement mise en pratique depuis ces dernières années par Socin, de Bâle (2), qui lui applique les précautions antiseptiques de Lister, par Arturo Menzel, de Trieste (3), par Bruns, de Tubingen (4), Busch, de Bonn (5), Kuster (6), chirurgien de l'hôpital Augusta, de Berlin,

(1) Barbosa. De l'uréthrotomie interne. Alger. 1874.

(2) Jahresbericht uber die chirurg. ab theilung des spitals im Basel, im Jahre, 1875-76-77.

(3) Resoconto sanitario de l'ospitale civico di Trieste per l'anno 1876, p. 127, redatto dal Brettauer. Il Annata, Trieste, 1876, p. 127.

(4) Gunther. Beitrage zur uretrhotomia perinealis. Tubingen, 1857, cité par Eug. Bœckel.

(5) Dautrelepont. Beitrage zur uret. ext., in Arch. fur chirur. van Langenbeck, 1865, 7e vol., p. 458.

(6) Funf Jahre im Augusta-hospital, von Dr E. Kuster. Berlin, 1877, pp. 186-187.

Bardenheuer (1) de Cologne qui, malgré ses insuc-
s causés par les conditions insalubres de son hôpital,
rit ces lignes : « Je suis grand partisan de l'uréthro-
mie externe, parce que je n'ai jamais observé après
e de suites graves pour l'existence, et que je tiens
tte opération pour très-bénigne, tout en étant plus ra-
cale que l'uréthrotomie interne, bien qu'on ne puisse
er que même après la boutonnière des récidives peuvent
produire. »

Arrivé à la fin de ce rapide exposé des opinions des chi-
ırgiens contemporains de tous les pays, il nous faut recon-
ıître que l'antique méthode de la dilatation est encore con-
dérée par eux, comme devant rester la méthode générale
e traitements des coarctations uréthrales ; dans les cas de
rictures rebelles, le plus grand nombre a recours à la
ıvulsion ou à la méthode sanglante ; des deux procédés
ui constituent cette dernière, l'une la section interne est
resque généralement acceptée, l'autre la section externe
'a plus que de rares partisans, la réservant toujours pour
es cas graves.

Nous ne pensons pas, d'un côté, que la division intra-
réthrale mérite toute la faveur dont elle jouit, et de l'autre
ous croyons que la division périnéale ne possède pas toute
elle dont elle est digne.

C'est à la démontrer que nous consacrons ce travail,
eureux si nos recherches, jetant un nouveau jour sur la
uestion, nous parvenons à porter sinon la certitude, du
ıoins le doute dans quelques esprits.

(1) Jahres-Bericht uber die chirurg. thatigkeit im Cölner stadtischen
ıurger-hospitale Wahrend des Jahres, 1875, von Dr Bardenheuer.
oln, 1876, p. 213.

STATISTIQUE PERSONNELLE

Uréthrotomies internes.

Observation I.

Rétrécissement de la portion bulbeuse de l'urèthre et fistule urinaire périnéale. — Première uréthrotomie interne ; infiltration urineuse ; péritonite ; récidive du rétrécissement. — Deuxième uréthrotomie interne ; hémorrhagie intra et extra-vésicale terrible. — Guérison.

Hue (Alexandre), employé de la Compagnie des chemins de fer du Midi, âgé de 34 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 7 mars 1876 et est placé à la salle des Petits-Payants, dans le service de M. le professeur Labat.

Antécédents. — Première chaudepisse contractée à Paris, à l'âge de 26 ans ; traitement par les injections sans résultat. Vers 29 ans, le jet urinaire a beaucoup diminué de volume, et à la suite d'excès il se déclare une rétention d'urine ; le malade appelle un chirurgien qui établit le traitement par la dilatation progressive pendant vingt jours environ ; content du résultat obtenu, Hue cesse de se passer des sondes, il se marie un an plus tard ; trois ans après son mariage, il arrive à Bordeaux, et à la suite d'excès de tout genre vénériens et alcooliques, il est pris de rétention d'urine complète ; il se cathétérise lui-même ; la sonde butant contre le rétrécissement, il force et se fait une fausse route ; hémorrhagie immédiate légère ; le lendemain l'urine s'écoule en petite quantité ; infiltration urineuse légère ; les jours suivants le cours de l'urine se rétablit, mais le jet est en vrille et très-mince.

En mars 1873, entrée du rétréci à l'hôpital Saint-André dans les salles de M. le professeur Oré, qui essaie, mais en vain, de passer les sondes du plus petit calibre. Pendant son séjour dans ce service, il est atteint d'un abcès à la racine des bourses du côté droit

qui s'ouvre spontanément et laisse écouler du pus et de l'urine; il se forme consécutivement un trajet fistuleux par lequel s'échappe l'urine qui sort aussi en partie par le méat. Deux mois après, le malade demande son exeat; la cicatrisation du trajet fistuleux est faite et l'urine passe entièrement par le canal; il quitte l'hôpital sans avoir subi aucun traitement et reprend son travail, durant un an sans rien ressentir.

Le trajet fistuleux, qui était oblitéré, s'ouvre et l'urine s'écoule par l'ouverture périnéale; alors le malade fait appeler (août 1875) en ville M. le Dr Dudon, chirurgien adjoint de l'hôpital Saint-André, qui essaie mais en vain de passer la plus petite bougie; le cinquième jour, il franchit le rétrécissement; la bougie est laissée en place pendant vingt-quatre heures; au bout de quinze jours, le rétrécissement étant suffisamment dilaté pour admettre le conducteur de Maisonneuve, M. Dudon pratique l'uréthrotomie interne et place une sonde en gomme élastique d'un fort calibre; dans la soirée, il se déclare un frisson intense; le lendemain, infiltration urineuse du scrotum, de la verge et du périnée; douleurs abdominales au-dessus du pubis, nausées; une péritonite se déclare, application au bas-ventre d'un large vésicatoire; les jours suivants, l'état du malade empire tellement, que M. Dudon porte un pronostic fatal.

Cependant l'opéré échappe à toutes ces complications, et au bout de trois mois, il reprend son travail; l'urine s'écoule toujours par le trajet fistuleux.

Ennuyé de cet état, Hue se décide à reprendre le chemin de l'hôpital Saint-André, dans lequel il fait son entrée le 7 mars 1876; il est alors placé à la salle des Petits-Payants, lit n° 3, service de M. le professeur Labat.

Etat actuel. — Une bougie n° 4, de la filière Charrière, introduite dans l'urèthre franchit avec peine le rétrécissement qui la serre avec force; la coarctation siége à la portion bulbeuse; le doigt promené le long de la paroi inférieure de l'urèthre perçoit une induration étendue en arrière des bourses; en ce point, du côté droit, se voit le pertuis d'un trajet fistuleux qui livre passage à l'urine; un stylet introduit par son orifice pénètre profondément dans la direction du col vésical.

M. le professeur Labat décide l'uréthrotomie interne qui est faite le 13 juin 1876, à dix heures du matin.

Opération. — Elle est pratiquée sous le chloroforme et sans difficulté avec l'uréthrotome de Maisonneuve à lame glissant sur la concavité.

Ecoulement de sang très-léger par le méat urinaire, passage d'une sonde en gomme dans la vessie.

Vers midi, je suis appelé en toute hâte par l'infirmier du service; l'hémorrhagie qui avait suivi l'incision a continué très-abondante par le méat urinaire. Les linges du patient sont souillés de sang et recouverts de caillots; l'écoulement sanguin s'est aussi produit en arrière dans la cavité vésicale; la poche urinaire distendue énormément remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; l'urine ne sort plus; l'opéré est pâle et sans force et se plaint de douleurs compressives atroces qu'il ressent dans les membres inférieurs et dans le bassin; je retire la sonde en gomme et essaie avec une sonde métallique de dilacérer les caillots vésicaux; la sonde, malgré sa petite courbure, ne peut tourner dans la cavité vésicale; une certaine quantité d'eau tiède est injectée, mais elle ne ressort pas; après diverses tentatives aussi infructueuses que les premières, je fais mander mon chef de service, M. le Dr Labat, qui arrive vers les deux heures de l'après-midi; il renouvelle les tentatives précédentes de cathétérisme et d'injections, mais en vain, l'hémorrhagie continue, et l'état du malade s'aggrave tellement que le chirurgien se décide à vouloir pratiquer la taille, pour extraire les caillots de la vessie et arrêter l'hémorrhagie.

Pendant le temps qu'on allait en ville chercher le lithotome, qui manquait dans l'arsenal de l'hôpital, M. Labat continue ses tentatives de cathétérisme, et à la fin, au bout d'une heure d'attente, l'opéré finit par pisser une certaine quantité du liquide injecté; une nouvelle injection est pratiquée; elle est urinée par le patient avec une grande quantité de sang; les injections sont continuées, et au bout d'une demi-heure la vessie est complétement vidée; le malade éprouve aussitôt un soulagement considérable, mais l'hémorrhagie se fait encore par l'urèthre; sonde à demeure dans le canal. Prescription : glace dans le rectum et sur le périnée; eau de pin gemmée à l'intérieur et valérianate de quinine.

Le soir, vers les cinq heures, l'écoulement sanguin a beaucoup diminué, le liquide qui suinte par le méat est séro-sanguinolent; le malade se plaint d'avoir éprouvé un frisson violent vers les six heures; le pouls est élevé; la radiale bat 104 par minute.

1 juin. La nuit a été mauvaise ; la fièvre n'a cessé que vers les [heures ce matin ; l'hémorrhagie s'est arrêtée, mais l'urine est ours sanguinolente ; injection dans la vessie d'eau de pin imée puis d'acide phénique très-dilué. Valérianate de quinine ontinuation de la glace.

trois heures du soir, fièvre aussi intense que la veille, mais d'hémorrhagie.

e 15. La nuit n'a pas été mauvaise ; l'opéré a dormi. Ce matin, st assez gai et mange de bon appétit ; suppression de la glace ontinuation du valérianate de quinine.

es jours suivants, la fièvre ne reparaît pas ; il ne se présente de nouveaux accidents, et le quatorzième jour après l'opéra- la dilatation du rétrécissement incisé est commencée.

e 15 juillet. Le malade reçoit son exeat ; le n° 20 de la filière rrière franchit le rétrécissement et l'urine passe à plein jet par anal ; la fistule périnale est guérie.

Observation II.

récissement blennorrhagique de la portion bulbeuse de l'urèthre. — Iréthrotomie interne avec l'appareil de Maisonneuve ; hémorrhagie ès-grave immédiatement après l'opération ; elle ne s'arrête que le oisième jour.

I. D..., négociant en vins, âgé de 40 ans atteint d'un rétrécis- ient blennorrhagique de l'urèthre, datant de plusieurs années ıyant déterminé à diverses reprises des rétentions d'urine est ré en ville le 10 février 1876.

I. le professeur Labat pratique l'opération de l'uréthrotomie in- ne en ma présence.

e malade est anesthésié par le chloroforme.

Passage facile de la bougie conductrice et du conducteur et inci- n de dedans en dehors du rétrécissement avec la lame de Mai- neuve glissant sur la concavité du conducteur métallique ; une le incision est faite et la lame et l'instrument sont retirés ; lé- e hémorrhagie après l'incision ; passage d'une sonde en étain niqué n° 38 ; la présence de cette sonde produit un ténesme tel col de la vessie que M. Labat se décide à l'enlever et à laisser patient pisser librement ; pendant que la sonde métallique était

dans la vessie, il s'écoule une grande quantité de sang entre elle et les parois uréthrales par le méat urinaire.

Prescription. — Glace au périnée et dans le rectum ; potion avec alcoolature d'aconit.

A trois heures dans l'après-midi, M. Labat revoit son opéré, l'hémorrhagie a continué abondante ; le sang s'est accumulé dans la cavité vésicale qu'il distend et fait remonter sous forme de tumeur dure jusqu'à l'ombilic, à un travers de doigt au-dessus de cet anneau.

M. Labat pratique le cathétérisme avec la sonde d'argent et injecte de l'eau tiède, après avoir au préalable brisé les caillots en retournant la sonde dans la poche urinaire ; le liquide injecté ressort entraînant une grande quantité de sang coagulé ; peu à peu la vessie se vide complétement ; continuation de la glace et de l'alcoolature d'aconit.

Le lendemain, 11 février, le malade se plaint d'avoir éprouvé pendant la nuit un frisson intense ; l'hémorrhagie continue par le canal mais légère.

Prescription. — Valérianate de quinine (0,60 centigr.) et glace sur le périnée.

Le lendemain et les jours suivants, sauf quelques accès de fièvre légers, il n'y a rien à noter de grave ; l'écoulement de sang cesse le troisième jour ; le quatrième jour, M. Labat injecte de l'eau phéniquée dans la vessie, elle ressort claire et limpide ; au douzième jour, commencement de la dilatation avec les bougies Beniqué.

Depuis ce jour, nous avons reparlé de ce malade à notre maître, M. Labat, qui nous a répondu qu'il était parfaitement bien et qu'il se sondait avec le n° 21 de la filière Charrière.

Observation III.

Rétrécissement de la portion spongio-bulbeuse de l'urèthre ; uréthrotomie interne ; hémorrhagie légère mais continue pendant six jours.

Latournerie Dumaine, âgé de 75 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 27 mai 1876, salle 10, lit n° 21, service de M. le professeur Labat.

Antécédents. — Première chaudepisse remonte à quarante ans,

ut de la coarctation il y a huit ans, tentatives de dilatation en
5 ; le malade ne se soudant pas, récidive du rétrécissement.
e diagnostic établi et le cathétérisme dilatateur ayant échoué,
éthrotomie interne est pratiquée le 9 juin 1876 sans anesthésie
ılable.
assage facile de la bougie conductrice et du mandrin cannelé de
sonneuve avec lame sur la concavité. Incision facile du rétré-
ement, très-léger écoulement de sang, passage d'une sonde en
ıme élastique n° 20 de la filière Charrière.
deux heures de l'après-midi, je vois l'opéré qui vient d'être
d'un frisson. Valérianate de quinine (0 gr. 60).
trois heures, je retourne auprès du malade qui, par ses mou-
ıents, a fait sortir sa sonde ; je la replace dans la vessie ; le
ls est un peu élevé ; quelques gouttes de sang perlent au méat.
. sept heures du soir, la sonde est encore retirée par le patient.
's huit heures, nouveau frisson intense, la fièvre dure une par-
de la nuit.
0 juin. L'opéré est très-fatigué par suite de la mauvaise nuit
l a passée ; suintement de sang presque pur par le canal.
. trois heures, le frisson de la veille ne reparaît pas, mais le pa-
ıt pisse dans son lit une urine chargée de sang qui tache sa
mise et ses draps. Prescription : valérianate de quinine et eau
pin gemmé.
,e reste de la journée et la nuit ne présentent pas d'accidents,
s le suintement sanguin continue par l'urèthre.
,e 11. Ce matin, le malade quoique très-fatigué, est à peu près
n ; vers trois heures de l'après-midi, le sang suinte encore par
;anal. Prescription : eau de pin gemmé.
,e 12. Dans la nuit du 11 au 12, accès de fièvre violent qui dure
:ore ce matin ; la langue est chargée ; linge taché de liquide
o-sanguinolent (le linge du malade a été renouvelé la veille au
r). Continuation de l'eau de pin gemmé et potion à l'extrait
u de quinquina.
,e 13. La fièvre a disparu, mais toute la journée il s'écoule en-
e par le canal une certaine quantité de liquide séro-sanguino-
t.
,e 14. L'opéré est très-bien ; la langue est nettoyée, le pouls
calme et l'écoulement sanguin qui durait depuis le 5 juin (jour
l'opération), a complétement cessé.

Les jours suivants le mieux se soutient et, le 18 juin, dixième jour après l'opération, M. Labat commence la dilatation du rétrécissement avec les bougies Béniqué.

3 juillet. Le malade reçoit son exeat, il passe aisément le n° 2 de la filière Charrière.

Observation IV.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion bulbeuse de l'urèthre. — Uréthrotomie interne; hémorrhagie intra-vésicale terrible; fièvre urineuse ; pneumonie. Mort le 10e jour après l'opération.

Jean Heurtaut, âgé de 32 ans, domestique, d'un tempérament vigoureux et d'une bonne constitution, entre à l'hôpital Saint-André le 12 avril 1876, salle des Petits-Payants, dans le service de M. le professeur Labat.

Cet homme est atteint d'un écoulement blennorrhagique dont le début remonte à quatre ans; il ne s'est aperçu de la difficulté de la miction que dans ces deux dernières années.

Après un examen préalable qui fait constater la présence d'un rétrécissement serré dans la portion bulbo-membraneuse de l'urèthre, M. le professeur Labat tente de venir à bout de la stricture par la dilatation progressive ; les tentatives sont rendues inutiles par l'impatience du malade qui est pressé d'en finir avec son infirmité.

L'uréthrotomie interne est alors décidée et pratiquée, sous le chloroforme, le 5 mai 1876.

L'uréthrotome de Maisonneuve, à lame sur la concavité, est employé ; passage facile de la bougie conductrice qui cependant se trouve un peu retardée par la présence d'un calcul siégeant dans la portion pénienne du canal.

La lame est alors glissée dans sa gaîne et le rétrécissement incisé, d'avant en arrière, à trois reprises différentes, la lame repassant à chaque fois dans la même incision sans difficulté et sans effort.

Il se produit un léger écoulement de sang à l'extérieur aussitôt après l'incision ; le Dr Labat place dans l'urèthre une sonde en étain de Beniqué n° 43 ; il s'écoule une urine sanglante par l'orifice de l'instrument; comme cependant sa présence provoque du ténesme

lu col vésical, le chirurgien remplace la sonde métallique par une sonde en gomme élastique n° 20, et finalement est obligé, pour la même raison que précédemment, de lui substituer une sonde en caoutchouc rouge qu'il laisse en place.

A midi, je suis appelé en toute hâte auprès de l'opéré.

L'hémorrhagie uréthrale qui avait suivi, l'incision de la coarctation, a continué depuis le matin, mais le liquide sanguin, au lieu de s'écouler par l'orifice extérieur du canal, est tombé dans la cavité vésicale qu'il distend considérablement. La vessie, formant tumeur, s'élève au-dessus de l'anneau ombilical et donne à la main qui la palpe une sensation de résistance et de dureté comparable en tout point à celle qu'offrirait une pierre volumineuse ; douleurs compressives dans les membres inférieurs ; elles sont surtout violentes à la face interne des cuisses ; grande anxiété du malade qui ne pouvant pisser, malgré les efforts les plus violents, craint que «*son ventre n'éclate.* »

J'essaye de passer une sonde métallique en argent dans la vessie pour briser les caillots, elle ne peut arriver dans la cavité urinaire, arrêtée qu'elle est au niveau du rétrécissement; je réussis alors à passer une sonde en gomme élastique ; après l'avoir promené dans tous les sens dans l'intérieur de la vessie, j'injecte de l'eau tiède, mais rien ne ressort; je fais alors placer l'opéré à genou et lui dit de pisser dans cette position ; après de grands efforts, longtemps soutenus, il s'écoule quelques gouttes d'urine par le méat ; je repasse alors la sonde en gomme et fais une nouvelle injection d'eau tiède ; cette fois, le succès couronne ma tentative et le liquide injecté ressort, et presqu'aussitôt il se produit une véritable débâcle ; les caillots fragmentés s'écoulent avec l'urine ; la tumeur abdominale disparait à mesure que l'écoulement se fait et, lorsqu'il a cessé, le ventre est redevenu souple et dépressible ; les douleurs dans les membres inférieurs disparaissent en même temps.

A 4 heures je revois le malade ; l'hémorrhagie se fait encore par le canal, mais elle est peu abondante.

6 mai. Dans la nuit du 5 au 6, l'écoulement sanguin a continué, mais très-léger.

Ce matin, le malade pisse avec quelques difficultés à cause des caillots qui encombrent l'urèthre ; il se plaint d'avoir eu un frisson vers les 7 heures. Potion avec valérianate de quinine.

A 8 heures du soir, fièvre intense et confusion des idées.

Vers 10 heures du soir, perte absolue des idées ; le patient ne répond pas aux questions que je lui adresse ; le délire se continue toute la nuit.

Le 7. Ce matin, le délire a cessé ; le malade est très-affaissé ; le pouls est à 80 ; l'urine qui s'écoule contient encore des caillots de sang. Valerianate de quinine et cessation de la glace qui avait été appliquée jusqu'à ce moment. Dans la soirée, la fièvre reparaît ; le pouls est à 100.

Le 8. La fièvre dure encore ce matin ; pouls à 90. Vers 10 heures la fièvre disparaît. Prescription : bouillon, potion avec 1 gramme d'alcoolature, d'aconit et rhum.

A 3 heures, réapparition de la fièvre.

Durant tous les jours qui précèdent, l'état général du malade est très-mauvais, la langue est sèche et couverte de fulginosités, la face est anxieuse et grippée.

Dans la nuit du 8 au 9, frisson intense et délire violent du malade qui veut s'échapper de son lit.

Le 9. L'excitation de la nuit a cessé ce matin ; le pouls est à 96.

Prescription : alcoolature d'aconit et valérianate de quinine ; lavement avec alcoolature d'aconit et laudanum ; le malade vomissant tout ce qu'il ingère, glace à l'intérieur.

Dans la journée (3 heures) la fièvre s'apaise, mais elle reprend, vers 6 heures, toujours précédée de frisson.

Le 10. La nuit n'a pas été trop mauvaise, le malade a reposé ; ce matin, il est assez calme ; le pouls est à 96 ; le ventre est ballonné, mais il n'y a pas de douleur, si ce n'est à une pression exagérée.

Prescription : alcoolature d'aconit et élixir de Garus ; limonade au rhum ; même lavement que le jour précédent.

Vers 3 heures du soir, la fièvre se déclare très-intense, le pouls s'élève à 124 ; le facies est altéré, la langue noire est fuligineuse et desséchée ; bronchite intense ; délire et agitation..

Vers 6 heures, le malade vomit tout ce qu'il prend.

Le 11. La nuit a été très-mauvaise ; accès de toux violents amenant des crachats teints de sang. — Facies de plus en plus altéré, ventre moins ballonné cependant ; langue toujours sèche et noire ; toux intense, vomissements.

Prescription : extrait thébaïque et extrait de belladone en pilules : lavement laudanisé ; emplâtre de thapsia sur la poitrine.

A 3 heures du soir, le malade est un peu plus calme ; la toux a
ninué.

Le 12. La nuit précédente a été très-agitée ; le patient était
urmenté par un point douloureux du côté gauche ; l'auscultation
atiquée à ce niveau permet d'entendre quelques râles très fins
rceptibles seulement à l'inspiration ; ils sont entremêlés de râles
bronchite qu'on retrouve dans toute l'étendue de la poitrine ; la
rcussion révèle une légère submatité ; crachats rouillés caracté-
stiques de l'inflammation du parenchyme pulmonaire.

Le malade se plaint de n'avoir pas uriné depuis le matin du jour
écédent ; son vase de nuit ne contient pas plus de 30 grammes
urine, malgré la quantité de boisson qu'il absorbe.

Aujourd'hui, le facies est fortement grippé ; la face et les scléro-
ques présentent une teinte ictérique marquée ; l'adynamie est
ononcée ; le ventre est ballonné ; le pouls est petit, fréquent.

Prescription : extrait thébaïque et extrait de belladone ; potion
ec quinquina et rhum ; lavement au sulfate de quinine ; vésica-
ire loco dolenti.

A 3 heures du soir, diminution de la quantité d'urine expulsée ;
lavement a été gardé ; injection de morphine dans la paroi tho-
cique au niveau du point douloureux.

Les 13 et 14. Rien de particulier ; les phénomènes ne s'amendent
is et l'état s'aggrave.

Le 15. Dans la nuit du 15 au 16, mort du patient vers les 2 heures
ı matin.

N. B. L'autopsie n'a pu être faite, le cadavre ayant été réclamé
ır la famille.

Observation V.

Rétrécissement de la portion pénienne de la verge. Uréthrotomie interne. Amélioration peu sensible.

L..., âgé de 55 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 12 janvier
876 dans le service du Dr Labat, salle des Petits-Payants, lit
° 7.

Antécédents. Chaudepisse contractée à l'âge de 22 ans ; injection
bortive avec nitrate d'argent. — Début du rétrécissement à l'âge
e 28 ans

Le malade entre, pour la première fois, à l'hôpital Saint-André

dans le service de M. le Dr Hérigoyen, qui tente le cathétérisme forcé avec une sonde métallique ; cette manœuvre est suivie d'un œdème considérable de la verge ; la peur s'empare du patient qui demande son exeat.

En 1854, rétention complète d'urine ; formation de fistules périnéales par lesquelles l'urine s'échappe. Le malade se traite lui-même par la dilatation ; le jet urinaire reprend son cours ; les fistules se ferment ; satisfait du résultat obtenu, L... abandonne tout traitement. Dans ces derniers temps le jet d'urine ayant considérablement diminué d'épaisseur, il entre à l'hôpital dans le service du professeur Labat qui, par l'examen à la bougie, constate un rétrécissement serré au niveau de la région antépubienne de l'urèthre.

Uréthrotomie interne le samedi suivant, sous le chloroforme, à l'aide de l'instrument de Maisonneuve à lame sur la concavité. Passage immédiat d'une sonde en gomme, n° 20, de la filière Charrière. Elle est laissée en place trente-six heures ; suites simples de l'opération.

Le dixième jour après l'uréthrotomie, commencement de la dilatation du rétrécissement incisé ; on éprouve de la difficulté à franchir la coarctation qui se resserre sur la bougie.

La dilatation est continuée jusqu'au 24 mars, jour de sortie du malade ; à ce moment la sonde n° 10 passe avec difficulté dans le rétrécissement par lequel elle est énergiquement serrée.

Observation VI.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion bulbo-membraneuse de l'urèthre ; uréthrotomie interne ; amélioration peu sensible.

Drigoux (Jérôme), âgé de 34 ans, boulanger, entre le 17 janvier 1876, salle 10, lit n° 12, service de M. le professeur Labat.

Antécédents. Blennorrhagie aiguë contractée au mois d'octobre 1872. Guérison au bout de seize mois. Cystite chronique consécutive traitée par l'eau de Capvern et les capsules de térébenthine.

Il y a huit jours, le malade a été pris d'une rétention d'urine presque complète ; la cystite est redevenue aiguë, il a pissé du sang ; il s'est décidé alors à entrer à l'hôpital le 17 janvier 1876.

Pendant les premiers jours, traitement de l'état inflammatoire ır la potion de Chopart; amélioration rapide; l'examen du canal it reconnaître un rétrécissement de la portion bulbo-membra-use déjà reconnu au toucher périnéal.

2 février. L'uréthrotomie interne est pratiquée avec l'uréthro-me de Maisonneuve à lame glissant sur la concavité.

Aussitôt après l'incision du rétrécissement, M. Labat essaie de acer une sonde en gomme élastique, mais les tissus se sont ré-actés spasmodiquement et il lui est impossible d'y parvenir; il it alors la dilatation du rétrécissement incisé à l'aide de baleines troduites l'une après l'autre, et à côté l'une de l'autre dans le nal. Ce moyen réussit, et une sonde n° 20 est mise en place et ste dans l'urèthre pendant vingt-quatre heures.

Pendant les jours suivants, sauf quelques frissons légers à la ite de l'enlèvement de la sonde, il n'y a rien à noter.

Le dixième jour après l'opération, passage régulier des bougies ı étain de Beniqué ; le n° 36 passe aisément.

A la suite, le malade urine à plein jet, mais la cystite continue.

15 mars. On cesse la dilatation pour traiter l'inflammation vési-le par les injections de sulfate de zinc ; sous l'influence de ce aitement les urines deviennent plus claires et l'état inflammatoire sparaît.

Le 23. On essaie de franchir le rétrécissement ; la bougie n° 36, éniqué, qui passait facilement le 14 mars, ne peut plus pénétrer ıns la stricture, qui s'est de nouveau resserrée au point de ne plus lmettre que le n° 25 des sondes en étain.

Observation VII.

étrécissement traumatique de l'urèthre ; uréthrotomie interne répétée sans résultats ; récidive de la coarctation.

Urbain Timothée, âgée de 55 ans, terrassier, est couché à la salle 0, lit n° 29, service de M. le professeur Labat (29 mai 1876).

Voici l'histoire de ce malade :

Il y a 12 ans, blennorrhagie traitée par les injections au nitrate 'argent, rétrécissement consécutif ; en 1870, chute à califourchon ır le panneau d'une charrette, déchirure du canal. En 1872, Ur-ıin entre à l'hôpital Saint-André, dans le service du Dr Oré qui

le traite pendant six mois par la dilatation ; il quitte l'hôpital urinant largement, mais bientôt, malgré les recommandations qui lui avaient été faites, il cesse de se passer la bougie et le rétrécissement se resserre; au bout de deux mois il revient à la salle 10, où le Dr Sentex, chef-interne de l'hôpital, pratique l'uréthrotomie interne : le malade prend son exeat au bout de 3 mois ; mais il ne continue pas à se dilater, et en 1875, au mois de juillet, il revient pour la troisième fois à Saint-André dans la salle 10, où il est opéré par le Dr Labat qui sectionne le rétrécissement de dedans en dehors avec l'instrument de Maisonneuve. Il sort au bout de trois semaines ; pendant quelque temps il consent à se sonder, puis il cesse ; la rétention d'urine se produit encore et notre homme rentre de nouveau à la salle 10.

Pendant quelques jours la dilatation est pratiquée et le n° 8 de la filière passe facilement ; à ce moment M. le Dr Labat propose au malade une troisième uréthrotomie qu'il a l'intention de pratiquer cette fois-ci de dehors en dedans d'après le procédé de Syme ; comme le malade s'y refuse, il reçoit son exeat le 7 juin 1876.

Observation VIII.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion bulbeuse et de la portion pénienne du canal de l'urèthre ; uréthrotomie interne ; fièvre urineuse. Mort 36 heures après l'opération ; autopsie.

Vaisser (Alphonse), employé de commerce âgé de 45 ans, homme robuste et vigoureux, entre à l'hôpital Saint-André le 3 mai 1876 et est placé salle 10, lit n° 3, service de M. le professeur Labat.

Antécédents : Chaudepisse datant de quinze ans ; le malade ne s'est aperçu qu'il urinait mal que depuis trois mois ; dans ces derniers temps, il ne pissait qu'avec beaucoup de peine et parfois était obligé de se priver de cette satisfaction.

L'examen du canal par la bougie fait découvrir deux rétrécissements, l'un peu serré siégeant à la partie moyenne de la portion libre de la verge, le second au niveau du bulbe à 12 centimètres du méat ; ce dernier reçoit facilement une bougie n° 2 de la filière Charrière.

L'uréthrotomie interne est décidée et pratiquée le 5 mai à 10 heures du matin avec l'uréthrotome de Maisonneuve à lame supé-

cure ; incision du rétrécissement sans difficulté, la lame est passée eux fois dans l'incision ; léger écoulement de sang après l'enlement du conducteur.

M. Labat essaie de laisser en place une sonde Béniqué n° 43, mais omme il était difficile de la faire supporter à l'opéré, elle est remlacée par une sonde en caoutchouc rouge n° 15 de la filière Charère.

Prescription : potion avec 30 gouttes d'alcool d'aconit.

A 1 heure et demie, je suis appelé auprès de l'opéré qui a un accès violent de fièvre ; de plus il ne peut pisser ; la sonde qui avait té laissée dans l'uréthre est sortie pendant des efforts faits pour riner.

Je repasse la sonde en caoutchouc rouge ; il s'écoule immédiaement une grande quantité d'urine chargée de sang. Je prescris uit pilules de valérianate de quinine.

A 3 heures de l'après-midi, le patient paraît plus calme ; la sonde le nouveau échappée de l'uréthre n'est pas remise en place.

6 mai. La nuit précédente a été très-mauvaise ; la fièvre a pris e patient vers les 8 heures du soir et a été accompagnée de délire iolent.

Ce matin la calme est rétabli ; le pouls est très-peu accéléré ; la onde n'est pas remise en place par M. Labat qui prescrit 8 pilules le valérianate de quinine.

Vers 3 heures du soir je trouve le malade en proie à une fièvre iolente, qui a recommencé vers midi ; diarrhée abondante et déire intense.

A 10 heures du soir le patient meurt.

Autopsie. Adhérence de la face supérieure de la vessie avec les ntestins.

Reins congestionnés ; uretères et bassinets légèrement dilatés.

Le canal est incisé sur sa face inférieure depuis le méat jusqu'à a vessie, celle-ci étant comprise dans l'incision ; les ciseaux en arrivant à la prostate donnent issue à une certaine quantité de pus, une cuillerée à café environ.

La vessie est hypertrophiée et un peu congestionnée ; le canal de la verge présente deux rétrécissements ; l'un vers la partie moyenne de la portion spongieuse, l'autre au niveau du bulbe ; les incisions produites par la lame de l'uréthrotome apparaissent nettement

indiquées au niveau des points rétrécis, surtout au niveau du second.

En arrière de celui-ci existe une dilatation du canal qui admet toute la pulpe de l'index ; dans la portion gauche du bulbe se trouve la cavité d'un abcès remontant à plusieurs jours.

Observation IX.

Rétrécissement organique de l'urèthre ; abcès urineux, fistules urinaires ; uréthrotomie interne ; mort par infection purulente.

B... Jean, secrétaire d'une mairie dans les Landes, âgé de 52 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 9 février 1876, où il est placé salle des Grands Payants, lit n° 11, service de M. le professeur Denucé.

Antécédents. Bonne santé habituelle ; en 1844 chaudepisse ; goutte militaire de 1844 à 1851 ; en 1851, orchite ; de 1851 à 1870, le malade se soigne de sa blennorrhagie chronique ; en 1870 nouvelle orchite et abcès au devant des bourses ouvert par un médecin ; fistule urinaire consécutive ; de 1870 à 1876, plusieurs abcès urineux se sont aussi ouverts spontanément et ont laissé des fistules.

Etat actuel. (9 février 1876.) L'état général est assez bon ; de fistules anciennes sur le scrotum ; depuis 18 mois, le malade ne peut se livrer à ses travaux ; il est presque toujours couché ; l'urine passe en grande partie par le méat et très-peu par les ouvertures fistuleuses.

L'uréthrotomie interne est pratiquée dans la matinée du 14 février. Le rétrécissement admet à ce moment la sonde n° 6 de l filière Rondeau.

M. Denucé passe alors la sonde conductrice de Maisonneuve qu sert à introduire le cathéter à cannelure inférieure (sur la con vexité) ; la lame est placée dans sa gaîne et le rétrécissement incis d'avant en arrière et d'arrière en avant en retirant la lame ; lége écoulement sanguin ; grande douleur au moment de l'incision, l'o péré n'étant pas anesthésié ; une sonde à demeure n° 22 de la filièr Rondeau est laissée en place dans l'urèthre.

Dans la soirée du 14, M. Danzats, interne du service, voit le m lade vers 3 heures et demie ; de 2 à 3 heures, l'opéré a eu un frisso l'artère radiale bat 120 pulsations ; à 3 heures et demie, le sang so

ujours entre la sonde et le canal. Prescription : potion avec sul-
te de quinine et potion avec alcoolature d'aconit (1 gr.) et sirop
acode.

Entre 9 et 10 heures, nouveau frisson.

15 février. A 4 heures du matin le patient a eu un nouveau
isson.

L'hémorrhagie a continué un peu, car les linges du malade sont
chés de sang ; un bourrelet sanguin est autour de la sonde. Pouls
84, petit ; même traitement.

Soir. Pouls à 96 ; pas de frissons depuis ce matin.

Le 16. Matin. Pouls à 112 ; l'opéré se trouve bien ; il dit n'avoir
u qu'un léger frisson dans la nuit.

Soir. L'urine sort bien par la sonde ; pas de frisson ; le malade
trouve mieux ; température 37° ; pouls 100 ; sulfate de quinine.

Le 17. Bonne journée ; pas de fièvre, continuation de la qui-
ine.

Le 18. Matin. Pouls à 72.

Soir. Pouls à 82 ; la quinine est supprimée.

Le 19. Le soir, léger frisson, puis chaleur et fièvre dans la nuit ;
éphalalgie ; agitation.

Le 20. Matin. Pouls à 96, délire léger et phrases incohérentes ;
uile de ricin (15 gr.).

Soir. Agitation plus marquée ; fièvre plus vive ; l'interne de garde
rescrit une potion avec musc et sulfate de quinine.

Le 21. La nuit a été assez calme ; matin : pouls à 120 ; tempéra-
ure 40°,5 ; prescription : 1 gr. de sulfate de quinine en deux pa-
quets pris à 1/2 heure d'intervalle.

Soir : fièvre moins forte.

Le 22. Nuit mauvaise ; quelques vomituritions ; frisson assez vio-
ent vers minuit.

Ce matin vers 7 heures frisson de 1/4 d'heure très-violent. Le
malade se plaint d'une douleur dans la jambe gauche s'étendant du
genou au talon ; elle existe du reste depuis quelques jours, mais
n'avait pas attiré beaucoup l'attention. Pouls à 96 ; tempér. 40°,2 ;
potion avec sulfate de quinine et potion avec 2 grammes d'alcool
d'aconit.

Dans la journée vers 4 heures le malade se plaint de ressentir
depuis 3 heures des douleurs violentes dans les trois autres mem-
bres ; ces douleurs empêchent les mouvements ; prescription : ca-

taplasmes et onguent napolitain belladoné ; teinte un peu jaunâtre de la face ; pas de nouveau frisson.

Le 23. Pas de sommeil dans la nuit ; même traitement qu'hier soir ; la sonde est enlevée par M. Denucé ; c'est le 9e jour après l'opération.

Soir. Gêne de la respiration ; les douleurs des membres et des jointures sont plus violentes ; idées un peu confuses.

Le 24. Mort à 7 heures du matin.

N.B. L'autopsie n'a pu être faite, le cadavre ayant été réclamé.

Observation X.

Rétrécissement blennorrhagique ; uréthrotomie interne. Guérison.

Sudre (Omer), né à Albi, employé de commerce, âgé de 48 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 5 janvier 1876, salle des Petits Payants, lit n° 4.

Rétrécissement datant de plusieurs années ; l'incision interne est pratiquée le 8 janvier par M. le professeur Labat à l'aide de l'uréthrotome de Maisonneuve à lame glissant sur la concavité ; sonde laissée à demeure pendant 36 heures ; pas d'écoulement sanguin ; pas d'accidents, sauf de légers accès de fièvre uréthrale qui se manifestent le soir même de l'opération ; le 10e jour, commencement de la dilatation avec les sondes de Beniqué.

Le 15 février le malade sort, passant le n° 20 de la filière Charrière.

Observation XI.

Rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre ; uréthrotomie interne. Guérison.

Joliot (Louis), âgé de 73 ans, entre à l'hôpital Saint-André, salle 10, lit n° 15, service de M. le professeur Labat.

Rétrécissement datant de vingt ans ; uréthrotomie interne, sous le chloroforme, le 11 février 1876 ; passage d'une sonde métallique laissée à demeure jusqu'au lendemain soir ; pas de frisson ; suites simples de l'opération.

Le dixième jour après l'incision de la stricture, passage d'une

ougie n° 18 que le malade garde en place deux ou trois mi-utes.

La dilatation est continuée régulièrement tous les jours jusqu'au mars, et le malade sort le 8 de ce mois passant le n° 21 de la lière Charrière.

Observation XII.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion bulbeuse du canal ; uréthrotomie interne; guérison.

Boitard (Amédée), entre à l'hôpital Saint-André, salle des Petits-ayants, service de M. le professeur Labat.

Chaudepisse en 1865; rétrécissement venu insensiblement en 868; dans ces derniers temps, cystite du col; rétention d'urine presque complète; uréthrotomie interne sous le chloroforme, avec l'instrument de Maisonneuve à lame sur la concavité (2 janvier 1876).

Quelques frissons suivent l'enlèvement de la sonde qui avait été aissée à demeure jusqu'au lendemain soir.

Le neuvième jour, le Dr Labat procède à la dilatation avec les sondes en étain.

6 mars. Sortie de l'opéré qui passe facilement le n° 36 des cathéters Beniqué.

Observation XIII.

Rétrécissement blennorrhagique ; calculs uréthraux ; uréthrotomie interne ; guérison.

Ferrière (Pierre), âgé de 33 ans, ferblantier, entre à la salle des Petits-Payants, service de M. le professeur Labat.

Rétrécissement sous-pubien datant de cinq ans; uréthrotomie interne le 13 janvier 1876, avec l'instrument de Maisonneuve à lame sur la concavité ; le passage de la bougie conductrice et du conducteur a lieu sans difficulté ; incisions à plusieurs reprises du point rétréci, la lame passant toujours dans la même incision.

Pendant les jours suivants rien à noter, sinon un léger frisson le lendemain de l'opération. Sonde à demeure enlevée trente-six heures après.

Le 20 janvier, le malade sortait passant le n° 20 de la filière Charrière.

Observation XIV.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion membraneuse de l'urèthre ; phlegmon péri-uréthral ; uréthrotomie interne ; guérison.

Posno (Bernard), âgé de 47 ans, célibataire et artiste ambulant entre le 6 décembre 1876 à l'hôpital Saint-André, salle 17, lit n° 12, dans le service de M. le Dr Lannelongue.

Chaudepisse datant de six ans ; trajet fistuleux au périnée ; à son entrée : tumeur phlegmoneuse au-dessous des bourses ; l'abcès est ouvert par le bistouri sur la ligne médiane.

Le 14. La plaie se cicatrise régulièrement ; on sonde le malade, et on constate un rétrécissement très-serré au niveau du bulbe, à 12 centimètres du méat.

L'uréthrotomie est décidée et pratiquée avec l'uréthrotome de Maisonneuve à lame glissant sur la concavité. Sonde à demeure n° 16 de la filière Charrière. Quelques gouttes de sang seulement se sont écoulées par le méat ; à 11 h., trois heures après l'opération, le malade urine ; le liquide est sanguinolent, mais ne présente pas de caillots ; il s'écoule un peu d'urine par l'incision de l'abcès rétro-scrotal.

A midi, frisson assez violent pendant une demi-heure, léger écoulement sanguin par le méat.

Le 16. Un phlegmon circonscrit se déclare au niveau du bulbe ; les frissons se répètent dans la journée.

Les 17, 18 et 19. Pendant ces jours, le phlegmon se résout peu à peu.

Pendant les jours suivants, jusqu'au 15 janvier, cathétérisme régulier pratiqué chaque jour ; le malade sort le 15 passant le n° 21 de la filière Charrière.

Observation XV.

Rétrécissement blennorrhagique ; uréthrotomie interne ; hémorrhagie grave pendant 36 heures ; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami Bouvet, interne du service).

N..., mulâtre, âgé de 36 ans, cuisinier à bord d'un navire, entre à la salle 10, lit n° 9, service de M. le professeur Labat, le 10 novembre 1877.

Antécédents. Ils n'ont pas été pris.

L'uréthrotomie interne est pratiquée avec l'instrument de Mai-›nneuve à lame sur la concavité ; aussitôt l'incision pratiquée, une ›nde Beniqué est introduite dans le canal, et remplacée presque ıssitôt, à cause de la douleur qu'elle fait éprouver, par une sonde ı gutta-percha rouge.

Vers 3 heures de l'après-midi, M. Bouvet, interne du service, aperçoit que l'hémorrhagie uréthrale a continué ; les linges sont ›uillés de sang ; il retire la sonde et fait appliquer des vessies de 'ace aux régions périnéales et hypogastriques ; l'écoulement san-uin s'arrête sous l'influence du froid.

Le lendemain (11 novembre 1877) l'opéré est relativement bien, ıais par l'urèthre il se fait un léger suintement de sang.

Le 12. L'hémorrhagie persiste ; prescription : alcoolature d'aco-it et eau de pin gemmé.

Vers 9 heures du soir, pendant et à la suite d'efforts de défé-ation faits par l'opéré, il se produit une hémorrhagie tellement bondante, que le malade pâlit subitement, et est saisi de bourdon-ements et de vertiges ; l'interne de garde appelé prescrit des ves-ies de glace ; mais comme l'hémostase se produit naturellement, lles ne sont pas appliquées.

Depuis ce jour l'hémorrhagie ne s'est pas reproduite ; la miction e fait aisément, et le malade sort le 28 novembre après deux séances e dilatation avec les sondes Beniqué.

Observation XVI.

Rétrécissement blennorrhagique ; rétention d'urine ; uréthrotomie nterne ; très-légère hémorrhagie le soir de l'opération ; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami Bouvet).

L... (Alexandre), capitaine d'armes sur les paquebots, âgé de 5 ans, entre à l'hôpital des Petits-Payants le 8 mai 1878, service le M. le professeur Labat.

Antécédents. Blennorrhagie antérieure datant de cinq ans ; le ré-récissement est venu peu à peu sans que le malade s'en soit ıperçu.

Cependant, depuis quelque temps il pissait très-mal et ne pou-vait vider sa vessie malgré ses efforts réitérés.

A l'heure actuelle la rétention d'urine est complète; M. Labat passe une fine bougie dans le canal et la vessie ; il s'écoule quelques gouttes d'urine. Le chirurgien essaie ensuite de passer une petite sonde, il ne peut réussir; alors il pratique sur-le-champ l'uréthrotomie interne ordinaire (instrument de Maisonneuve à lame sur la concavité), et place dans le canal une sonde en gomme nº 18.— Prescription: alcoolature d'acon, itvalérianate de quinine; repos au lit.

A 3 heures, hémorrhagie par la sonde et entre elle et le canal; suivant le conseil de M. Labat, M. Bouvet, interne du service, retire la sonde ; le pouls est à 104.

Le 9 mai. Etat général bon; pouls à 92, même prescription que la veille.

Le 10, 11 et 12 mai. Rien à noter; pas de fièvre ; le malade se trouvant suffisamment guéri sort le 13 mai 1878.

Observation XVII.

Rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre ; uréthrotomie interne : accès de fièvre uréthrale ; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami Bouvet).

Le Piniéc (Jean), âgé de 44 ans, terrassier, entre à la salle 10, le 19 janvier 1878.

Rétréeissement de la portion membraneuse, venu à la suite d'une blennorrhagie contractée au service militaire ; la stricture admet le numéro 6 de la fil. Charrière.

Uréthrotomie interne avec Maisonneuve, à lame sur concavité le 23 janvier ; la veille le malade avait pris du sulfate de quinine une sonde à demeure est laissée en place; potion avec alcoo d'aconit et sulfate de quinine. Le soir l'opéré est bien.

Le 24 janvier. L'état se maintient ; même prescription ; à quatre heures, la sonde est enlevée.

Le 25. Le matin, rien d'anormal ; vers midi, après son déjeuner malaise, puis rejet des aliments ingérés ; vers deux heures, frisson intense ; puis fièvre qui dure jusque vers cinq heures et demi

Le 26. Ce matin le malade est assez bien ; puis vers trois heures nouvel accès de fièvre qui dure jusqu'à sept heures du soir. Poti

·ec sulfate de quinine. Les trois jours suivants, accès de fièvre, ›rs la même heure.

Le 12 février, le malade sort conservant un écoulement puru-nt du canal, mais pissant facilement.

Observation XVIII.

étrécissement blennorrhagique; uréthrotomie interne; hémorrhagie; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami Bouvet).

Nicolas Bœffel, tourneur sur métaux, âgé de 40 ans, entre le 1 octobre 1877 à l'hôpital Saint-André, salle n° 27, service de I. le professeur Labat.

Rétrécissement blennorrhagique datant de 1873; la blennor-hagie n'a été traitée que par des tisanes rafraîchissantes.

A son entrée, cystite intense, urines ammoniacales : thrombose e la saphène interne gauche.

Depuis le jour de son entrée jusqu'au 27 novembre, le malade st traité pour son état général et sa cystite.

L'état général s'étant beaucoup amélioré, l'uréthrotomie interne st pratiquée le 27 novembre à neuf heures et demie, avec l'instru-nent de Maisonneuve, à lame glissant sur la concavité.

Le soir à trois heures, l'opéré se plaint de céphalalgie et de oif vive; pouls à 120; température, 38 1/3.

28 novembre. Fièvre dans l'après-midi : pouls, 100; tempéra-ure, 38.

Le 29. Etat assez bon; peu de fièvre; il s'écoule par le canal une ertaine quantité de liquide sanguinolent.

Le 30. Même état; pas de fièvre; suintement de sang par le néat; prescription : eau de pin gemmé.

Du 1er décembre au 10 du même mois, pas de fièvre; l'opéré se rouve très-bien; mais il s'écoule toujours une certaine quantité de sang par l'urèthre. Eau de pin gemmé.

Le 7. Introduction d'une sonde Béniqué, n° 32. Le patient résiste, introduction difficile; après la soustraction de l'instrument, il sort quelques gouttes de liquide sanguinolent. A quatre heures du soir, l'hémorrhagie s'est arrêtée.

Le malade sort le 10 décembre, passant le numéro 21 de la fil. Charrière.

Observation XIX.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion bulbeuse de l'urèthre; uréthrotomie interne; infiltration urineuse dans la loge périnéale supérieure s'étendant à la fosse ischio-rectale, à la fesse gauche et à la partie postérieure de la cuisse jusqu'au creux poplité. Sphacèle de la peau et du tissu cellulaire, vaste décollement. Mort.

(Communiquée par mon collègue et ami Bouvet).

Jean Casse, âgé de 40 ans, officier de marine, entre à l'hôpital Saint-André le 9 mai 1878, et est placé salle des Petits-Payants, lit n° 3, service de M. le professeur Labat.

Antécédents. — Deux blennorrhagies antérieures, la première datant de quinze ans, la seconde de dix ans. Le jet d'urine n'a commencé à diminuer de volume que depuis quelques mois. Inquiet de son état, le malade entre à l'hôpital pour réclamer le secours de l'art.

Etat à l'entrée. — Santé excellente, homme robuste, naturel très-gai.

L'exploration de l'urèthre avec une bougie n° 10, fait reconnaître un rétrécissement bulbaire peu serré, franchi par bougie n° 6 de la filière Charrière.

Comme le patient est pressé, ayant besoin de partir pour un voyage au long cours dans une quinzaine de jours, M. le professeur Labat propose l'uréthrotomie interne qui est acceptée avec empressement.

Par précaution et pour éviter les accidents fébriles on administr au malade, la veille de l'opération, 0,80 centigr. de valérianate d quinine.

Le 11 mai, l'uréthrotomie interne est pratiquée sans difficult avec l'uréthrotome de Maisonneuve à lame sur la concavité. Aus sitôt la section opérée, introduction d'une bougie Béniqué, n° 3 puis mise à demeure d'une sonde en gomme élastique n° 18 de filière Charrière. Prescription : potion avec alcoolature d'aconi repos au lit ; ordre de pisser chaque fois que le besoin s'en fe sentir, mais sans effort.

A 3 heures l'opéré est bien; il montre une petite quantité d'urine nglante qu'il a rendue en quatre fois; jusqu'à 7 heures du soir ı trois mictions semblables.

Vers minuit, douleurs violentes au niveau du col vésical et dans rèthre; l'interne de garde appelé, retire, suivant la recomman- tion de M. Labat, la sonde laissée à demeure et prescrit du bi- rbonate de soude (3 gr. dans un litre d'eau).

Le 12. Matin : L'opéré est plus calme, mais la fièvre qui avait buté légère la veille continue ; il s'écoule par le méat une petite antité de sang. Prescription : alcoolature d'aconit : 30 gouttes potion ; eau de pin gemmé.

Vers midi, M. Bouvet, interne du service, est appelé auprès de péré qui est anxieux, oppressé, excessivement altéré ; le pouls t fréquent, le ventre fortement ballonné ; douleurs vives dans la gion hypogastrique au niveau de la vessie ; le malade se plaint ssi d'une constipation opiniâtre ; mon collègue prescrit glace sur ventre et au périnée ; lavement purgatif, et pratique injection podermique de morphine de 0,01 centigr.

A 3 heures du soir, le malade est en proie au délire ; la tempé- ture est de 40° centigr. ; le pouls bat 120 ; l'infirmier, présent à visite, apprend que l'opéré a eu un frisson violent pendant une mi heure.

Une nouvelle injection de 0,01 centigr. de chlorh. de morphine t pratiquée.

A 11 heures du soir, le malade est mieux ; mais il a eu un léger sson vers 7 heures.

Le 13. A la visite du matin, le patient se trouve un peu mieux ; ı passé une assez bonne nuit. Pouls à 104. Prescription : alcoola- re d'aconit ; eau de pin gemmé ; glace au pubis et périnée ; ces ux derniers remèdes, pour arrêter l'écoulement de sang qui rsiste.

A 6 heures et demie du soir, le mieux continue, mais le malade a ssé une très-petite quantité d'urine sanglante et se plaint de res- ntir sur la fesse gauche près de la région interfessière une dou- ır assez vive pour l'empêcher de se coucher sur ce côté. L'interne service attribuant cette douleur à un repos trop prolongé sur la rtie, y donne peu d'attention.

A 7 heures et demie l'interne de garde est appelé auprès du pa- ent qui se plaint plus vivement de la douleur qu'il ressent à la

fesse ; l'examen de cette région fait constater un gonflement bien marqué et sentir une crépitation légèrement emphysémateuse et un empâtement circonscrit à la fesse gauche, près de la rainure interfessière, au niveau de l'ischion ; interrogé sur l'état de sa vessie et sur la miction l'opéré repond qu'il ne souffre pas de cet organe, mais qu'il n'a pas pissé de la journée et qu'il n'en éprouve pas le besoin ; le pouls, petit, bat 96 pulsations ; le ventre est un peu ballonné ; la soif est vive, l'anxiété visible.

L'interne porte le diagnostic d'infiltration urineuse et place dans la vessie une sonde qu'il introduit avec quelque difficulté ; il s'écoule environ 60 grammes d'urine sanguinolente, quantité qui ne répond pas au défaut de miction de toute la journée.

Vers minuit, M. Bouvet retourne voir l'opéré ; l'infiltration d'urine a augmenté ; l'empâtement œdémateux s'est étendu ; la crépitation emphytémateuse est plus marquée, la percussion fait percevoir une certaine sonorité ; les tissus sont rouges et douloureux à la pression.

M. Dubourg, chef interne de l'hôpital, prévenu de l'état dans lequel se trouve l'uréthrotomisé, se rend auprès de lui et pratique immédiatement deux larges incisions séparées l'une de l'autre par une intervalle de 3 centimètres ; par ces ouvertures il s'écoule un peu de sang rendu spumeux par la présence d'une assez grande quantité de gaz particulièrement fétides ; l'introduction du doigt fait constater un vaste decollement de la peau et des muscles fessiers ; un drain est passé dans les plaies qui sont bourrées de charpie alcoolisée ; pansement simple.

L'examen des autres parties de l'extrémité inférieure du tronc ne fait rien constater d'anormal ; le périnée, la verge, l'abdomen et tout le côté droit sont parfaitement sains.

Par la sonde dont le bouchon a été retiré, il s'écoule environ un demi-verre d'urine sanglante ; elle est laissée ouverte dans un urinal placé entre les jambes de l'opéré.

14 mai. Le matin, l'infiltration s'est étendue, elle s'étend maintenant à toute la fesse, remonte vers la région lombaire et descen à la région postérieure de la cuisse jusqu'au creux poplité gauch douleurs vives dans le mollet et le talon gauche du même côté. A niveau des incisions, pratiquées dans la nuit sur la fesse, on consta une tuméfaction rouge, violacée de la peau qui est parsemée d petites phlyctènes ; sensation de fluctuation profonde : c'est le sph

cèle qui commence, l'odeur est caractéristique ; incision, étendue et profonde qui ne donne issue qu'à un peu de sang mêlé à des gaz fétides.

L'exploration de la région vésicale ne révèle rien de particulier, elle est peu distendue. Dans la nuit il ne s'est pas écoulé plus d'un demi-verre d'urine sanglante par la sonde restée ouverte depuis minuit. Injection dans la cavité vésicale de deux seringues d'eau tiède ; la première fois le liquide s'écoule sanguinolent, la seconde il ressort clair et limpide. Prescription : quinquina et rhum. La sonde est retirée.

Dans la journée, le patient est sondé trois fois, à 3 h. 1/2, à 7 h. 1/2 puis à minuit ; chaque cathétérisme amène un demi-verre d'urine sanglante et fétide.

Le 15. A 5 h. du matin, nouveau cathétérisme et même résultat : njection d'eau tiède.

A la visite de 10 heures, M. Labat aggrandit l'incision de la veille ; pansement avec l'acool camphré : la gangrène n'a pas gagné en étendue : les parties profondes sont absolument insensibles au doigt qui se promène dans une vaste cavité sans que le malade ressente aucune douleur. Prescription : café noir, champagne, rhum. Pouls. 96 petit ; températ. 37°,6. Hoquet persistant.

A 4 h. 1/2, le pansement est refait ; changement de toutes les pièces ; nettoyage de la cavité avec alcool camphré ; essai de cathétérisme rendu infructueux par spasme de l'urèthre.

A 6 h. 1/2 nouveau pansement ; l'interne du service qui le pratique remarque une nouvelle plaque de sphacèle à la face postérieure de la cuisse gauche. Le hoquet persiste et fatigue le patient, njection hypodermique de 0,01 centigr. de chlorytrade de morphine.

Le 16. Visite à 11 heures du matin ; l'état du malade est des plus mauvais ; adynamie profonde, conjonctives jaunâtres ; teinte erreuse de tout le corps, peau sèche ; odeur gangréneuse prononcée. Pouls à 112.

A 3 heures, temp. de 39°, pouls filiforme à 130, hoquet persisant combattu par injection de chlorhydr. de morphine.

Le patient succombe à minuit.

N. B. — L'autopsie n'a pu être pratiquée, le cadavre ayant été éclamé par la famille.

Observation XX.

Rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre ; uréthrotomie interne ; infection purulente. Mort.

Hubert (Jean), garçon d'hôtel, âgé de 35 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 20 mai 1878, salle 17, service de M. le Dr Lanelongue.

19 juin. Il se plaint d'une rétention d'urine pour laquelle il a déjà été opéré à Paris ; il ne peut fournir de renseignements sur l'opération qui lui a été pratiquée ; le diagnostic de rétrécissement blennorrhagique est porté et l'uréthrotomie interne décidée.

Le 20. L'opération est pratiquée avec un uréthrotome de Maisonneuve ; l'incision de la coarctation est faite sur la paroi supérieure du canal ; sonde en gomme élastique n° 20 à demeure.

Dès le soir, apparition de réaction fébrile, frissons intenses, élévation de la température et du pouls.

Les jours suivants mêmes phénomènes fébriles.

Le 26. Enlèvement de la sonde restée dans le canal depuis le jour de l'opération.

Le 27. Poussée du côté du bras. Jusqu'aux premiers jours de juillet, rien de bien particulier à noter ; le 8 juillet, les deux genoux sont douloureux et sont le siége de douleurs violentes. La peau est rouge et enflammée, fluctuation manifeste dans l'intérieur de l'article.

Le 10 juillet. L'articulation tibio-tarsienne est remplie de pus.

Le 11. Les parents du patient viennent le réclamer et l'emmènent malgré les efforts faits pour le retenir.

Quelques jours après sa sortie de l'hôpital, M. Tourrou, interne du service, allant chercher des nouvelles de son opéré, apprit sans étonnement qu'il avait succombé la veille au soir.

Observation XXI.

Rétrécissement blennorrhagique ; uréthrotomie interne ; orchite double ; infiltration urineuse légère ; guérison.

Arnoux (Jean), terrassier, âgé de 39 ans, entre à la salle 17, service de M le professeur Lannelongue, pour un rétrécissement sié-

eant à la partie sous-pubienne de l'urèthre (2 octobre 1877, date 'entrée).

L'uréthrotomie interne est pratiquée avec l'instrument de Mai-)nneuve, incisant sur la paroi supérieure de l'urèthre.

A la suite de l'opération, il se déclare une orchite double et à ƨpétition ; une infiltration d'urine dans la loge périnéale inférieure t un œdème considérable de la verge.

Tous ces accidents cédèrent cependant et le patient prenait son xeat le 21 février 1878.

Observation XXII.

étrécissement blennorrhagique ; uréthrotomie interne ; hémorrhagie continue pendant plus de 48 heures ; guérison.

Renoux (Léon), coiffeur, âgé de 36 ans, entre le 29 novem- 1875. hôpital Saint-André, salle 10, lit n° 16, service de M. le rofesseur Labat.

Il est atteint d'un rétrécissement blennorrhagique de la portion ılbeuse.

L'uréthrotomie interne est pratiquée le 1er décembre avec l'uré-ırotome de Maisonneuve à lame sur la concavité.

L'opération ne présente rien de particulier ; l'écoulement sanguin st peu abondant.

Dans la nuit, accès de fièvre qui dure jusqu'au matin ; l'écoule-ent de sang qui s'était manifesté au moment de l'opération a con-ıué.

Le 2 décembre, le pouls et la température sont élevés ; le sang inte par le méat urinaire ; on prescrit alcoolature d'aconit et eau pin gemmé.

Dans la journée, petits frissons répétés.

Le 3. L'état général est meilleur ; la fièvre est tombé ; mais par ıréthre il s'écoule du sang, dont la quantité augmente après cha-ıe miction et chaque défécation.

Le 4. L'hémorrhagie a cessé.

Depuis ce jour jusqu'au 6 décembre jour de l'exeat volontaire du ılade aucun phénomène nouveau ne s'est montré.

Observation XXIII.

Rétrécissement fibreux de la portion bulbaire datant de 25 ans ; par une cause imprévue l'uréthrotomie interne qui devait être pratiquée ne peut l'être ; dilatation progressive ; dix-neuf jours après, le patient passe facilement le n° 21 de la fil. Charrière.

Vergne (Etienne), plâtrier, âgé de 75 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 26 juillet 1878, où il est couché, lit 19, salle 17, service de M. le professeur Lannelongue.

Antécédents. Rétrécissement blennorrhagique datant de 25 ans ; soigné une première fois par le Dr J.-J. Cazenave, qui le traite par la dilatation. Ce malade était arrivé à passer le n° 2, de la filière Charrière ; il continua pendant un mois ou deux à se sonder, mais fatigué de cette sujetion, il abandonna bientôt le passage des bougies ; la coarctation se reproduisit alors et depuis quatre ou cinq ans les symptômes se sont aggravés au point qu'il ne pisse plus que goutte à goutte. Il y a trois mois, Vergne entra dans le service de M. le professeur Azam, alors suppléé par M. Dudon, mais il en sortit aussitôt effrayé par l'idée de l'uréthrotomie interne qui lui était proposée.

Etat actuel. Le cathétérisme pratiqué avec une baleine fait reconnaître le siége du rétrécissement à la portion bulbaire ; tous les efforts pour franchir la coarctation sont inutiles. On prescrit un bain prolongé au malade qui urine dans la baignoire.

Le lendemain, 27 juillet, après de nombreuses tentatives, le chirurgien arrive à passer une baleine filiforme dans la stricture ; les difficultés nécessitées par le cathétérisme le jour précédent, l'âge et la dureté de la coarctation, décident M. le Dr Lannelongue à recourir à l'uréthrotomie interne qui est renvoyée au lendemain.

Le 28 juillet, un accident imprévu empêche d'avoir les uréthrotomes ; le chirurgien ayant la main forcée par ce fait essaie alors la dilatation progressive ; il retire la baleine restée dans le canal depuis la veille et la remplace avec assez de difficulté par les nos 2 et 3 ; ce dernier est laissé en place jusqu'au lendemain.

Le 29. Le patient a gardé la bougie qui est remplacée par le n° 8.

Le 30. On passe le n° 11 avec un peu de difficulté cependant ; le malade a un léger accès de fièvre et urine un peu de sang ;

omme la sonde est sortie de l'uréthre, elle n'est pas remise en lace.

Le lendemain et les jours suivants jusqu'au 5 août, le patient est ıissé en repos.

5 août. Le malade a perdu beaucoup de terrain; la stricture s'est esserrée et le n° 8 seul peut pénétrer jusque dans la vessie où il st laissé en place.

Le 6. On arrive à passer le n° 10 que le malade garde jusqu'au endemain.

Le 7. Léger accès de fièvre uréthrale; le patient est laissé au epos.

Le 8. On passe le n° 12; le lendemain, repos.

Le 10. Le n° 14 pénètre.

Jusqu'au 14, jour de l'exeat, la même conduite fut tenue; à ce noment le n° 20 jouait librement dans le canal du malade qui urinait argement et à distance.

Observation XXIV.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion sous-pubienne de urèthre; abcès urineux du périnée; uréthrotomie interne; guérison.

Prados (Bernard), employé de commerce, âgé de 32 ans, entre le 20 juin à l'hôpital Saint-André, salle 17, lit n° 31, dans le service le M. le professeur Lannelongue.

Il est atteint d'un rétrécissement blennorrhagique de la portion ous-pubienne du canal uréthral; au périnée, en avant de l'anus xiste un abcès fluctuant. Après l'incision de la collection purulente qui ne présente aucune communication avec l'uréthre, le chirur-ien essaie, mais en vain, de passer une baleine dans la vessie; ce l'est qu'au bout de trois jours que la bougie conductrice de Mai-onneuve peut franchir le rétrécissement.

Uréthrotomie interne avec instrument à lame sur la concavité, e 28 juin; hémorrhagie insignifiante; sonde à demeure.

Le 1er juillet la sonde est retirée et remplacée par une nouvelle qui est définitivement enlevée le 6 juillet.

Le 8 juillet, début de la dilatation; le n° 17 de la filière Char-ière passe aisément.

Le 12, jour de l'exeat, le n° 20 franchit le rétrécissement.

OBSERVATION XXV.

Uréthrotomie interne ; mort par fièvre urineuse.

Rathion (Alain), commis, âgé de 48 ans, entre le 8 janvier 1874 à l'hôpital Saint-André, salle 17, service de M. le professeur Lannelongue.

Uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve à lame sur concavité.

Huit jours après l'opération, le patient succombe par suite de fièvre urineuse, le 16 janvier 1874 à 10 heures du matin.

OBSERVATION XXVI.

Uréthrotomie interne ; mort de fièvre urineuse.

Grenier (Jean), âgé de 76 ans, demeurant rue Maquignon, 10, à Bordeaux, entre à l'hôpital Saint-André, salle 17, service de M. le professeur Lannelongue, le 28 janvier 1874.

L'uréthrotomie interne est pratiquée avec l'instrument de Maisonneuve à lame glissant sur la concavité.

Mort le 1er février à 10 heures du matin, le troisième jour de l'opération, de fièvre urineuse.

OBSERVATION XXVII.

Rétrécissement blennorrhagique peu prononcé ; uréthrotomie interne ; fausse route en avant de la vessie ; fièvre urineuse ; mort.

Henri Dufau, boucher, âgé de 27 ans, né à Libourne, entre le 15 avril 1874, salle 17, lit n° 22, service de M. le professeur Lannelongue.

Rétrécissement blennorrhagique peu prononcé, mais ne permettant pas le passage d'une petite bougie malgré l'anesthésie obtenue avec chloroforme.

Uréthrotomie interne pratiquée le 28 avril 1874 à 9 heures du matin.

La lame de l'uréthrotome est promenée à plusieurs reprises d'avant en arrière et d'arrière en avant dans le rétrécissement incisé ; écoulement abondant de sang ; sonde à demeure.

Accès de fièvre violent immédiatement après l'opération ; pouls élevé.

Vers 3 heures l'opéré est vu par l'interne du service ; l'hémorrhagie a continué très-abondante ; infiltration urineuse dans le tissu cellulaire de la verge et dans le scrotum ; delire violent du malade ; ces symptômes vont s'aggravant à tel point que le malade succombe dans la soirée, à 11 heures du soir.

Autopsie. Elle révèle une fausse route pratiquée par l'instrument en avant de la vessie ; épanchement considérable de sang dans les tissus environnants et dans la cavité de Retzius ; déchirure multiple des plexus de Santorini.

Observation XXVIII.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion bulbaire de l'urèthre ; uréthrotomie interne ; infiltration urineuse ; fièvre urineuse ; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami M. Bouvet, interne des hôpitaux).

Salles (Léon), fabricant de caisses, entre à la salle 10, hôpital Saint-André, le 13 novembre 1877, service de M. le professeur Labat.

Antécédents. Fièvres intermittentes depuis deux ans ; blennorrhagie remontant à une époque indéterminée.

Etat à l'entrée. Le malade a tout à fait l'aspect cachectique ; il est pâle et amaigri, et éprouve parfois encore quelques accès de fièvre.

L'examen du canal permet de reconnaître le siége du rétrécissement au niveau de la portion bulbaire.

A cause des accès de fièvre qu'il accuse, le malade est soumis pendant quelque temps à l'usage du sulfate de quinine et au traitement hydrothérapique ; le 1er janvier les accès de fièvre existent encore mais légers ; on attend huit jours, et le 9 janvier l'uréthrotomie interne est pratiquée avec l'appareil de Maisonneuve à lame sur la concavité.

M. Labat ne place pas de sonde à demeure ; il laisse l'opéré uriner librement. — Potion avec alcoolature d'aconit.

Le soir frisson prolongé, pouls élevé, chaleur jusque dans la nuit.

Le 10. La fièvre a cessé ; rien d'anormal. Dans la soirée, nouvel accès de fièvre avec frisson prolongé, prostration complète du malade qui ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ; la peau est sèche, la soif vive. L'urine s'est infiltrée dans la loge périnéale inférieure, aussi la verge est-elle gonflée par l'épanchement urinaire ; par le canal, se fait un léger suintement sanguinolent. — Prescription : rhum, punch au thé, sulfate de quinine.

Le 11. Le matin, le malade se sent assez bien, la fièvre a cessé ; mais le soir, réaction fébrile, visage coloré, pouls fréquent.

Le 12. Même état que la veille.

Le 13. Etat local meilleur ; l'épanchement urinaire diminue avec rapidité ; la verge est presque revenue, comme volume, à l'état ordinaire ; pas de fièvre dans la matinée. Le soir elle reparaît.

Le 14. A partir de ce jour jusqu'au moment de la sortie du malade, il n'y a rien eu à noter en dehors d'accès de fièvre se montrant le soir.

Observation XXIX.

Rétrécissement blennorrhagique de la portion bulbo-membraneuse ; uréthrotomie interne pratiquée sur la paroi inférieure du canal ; fièvre uréthrale ; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami Fage, interne des hôpitaux).

Frérat (Guillaume), âgé de 52 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 1er avril 1875, salle 11, service de M. le professeur Dudon.

Blennorrhagie remontant à douze ans, suivie, au bout de six à huit mois, d'une diminution rapide dans le calibre du jet d'urine ; traitement du rétrécissement par la dilatation ; amélioration notable pendant un an ; le malade ne se sondant pas, récidive de la coarctation.

Entrée de G. Frérat à l'hôpital Saint-André.

L'examen du canal démontre un rétrécissement peu serré, sans sinuosités, siégeant à la portion bulbo-membraneuse ; une bougie nº 3 de la filière Charrière franchit aisément le rétrécissement ; elle est laissée en place pendant deux heures. A partir de ce mo-

ıt, tentatives de dilatation pendant dix jours; la bougie n° 6 ive à franchir la coarctation.

I. le Dr Dudon, désespérant d'arriver à un numéro supérieur, tique l'uréthrotomie interne avec l'appareil de Maisonneuve à e glissant sur la concavité ; pas de difficultés opératoires, pas émorrhagie immédiate ; sonde à demeure n° 19 ; urines légèrent sanguinolentes. — Potion avec sulfate de quinine (15 avril).

Le soir, vers deux heures, le malade a un léger frisson ; température à 38°,8.

6 avril. Le malade va bien ; température, 37°,4 ; sonde à demeure laissée en place ; sulfate de quinine.

Dans la soirée, nouveau frisson ; température, 38°,4.

Le 17. On enlève la sonde ; le soir, pas de fièvre ; température, ,2.

Les jours suivants l'amélioration continue ; l'opéré souffre un ı en urinant.

Le 22. Essais de dilatation ; les plus petits numéros Beniqué 25) ne peuvent passer; ils s'arrêtent au niveau de la région beuse ; on introduit une petite bougie en gomme n° 9. Sulfate quinine en prévision de fièvre ; le soir, pas d'élévation de temrature, pas de fièvre.

Le 24. On passe la bougie n° 13 (filière Charrière). La dilatation continuée pendant une dizaine de jours, et le malade quitte le vice passant le n° 24.

Observation XXX.

trécissement blennorrhagique de la portion bulbo membraneuse de l'urèthre ; cystite chronique ; uréthrotomie interne pratiquée sur la paroi inférieure du canal ; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami M. Fage, interne des hôpitaux).

Pécoulet (Jean), âgé de 44 ans, entre le 9 décembre 1878, salle service de M. le professeur Dudon.

Rétrécissement remontant à une dizaine d'années : cystite consécutive, urines troubles et chargées de mucosités ; la vessie se vide complètement ; les plus fines bougies sont arrêtées au niveau de région bulbeuse. Le quatrième jour après l'entrée du malade, arrive à passer la bougie conductrice de Maisonneuve. L'uré-

throtomie interne est aussitôt pratiquée ; section de la stricture dans sa partie inférieure. Sonde à demeure.

Il ne se produit aucun accident grave ; mais pendant les deux jours que le malade garde la sonde à demeure, le soir des mouvements fébriles se manifestent.

Repos de cinq à six jours. Traitement de la cystite par térébenthine et eau de Vichy.

Alors, début de la dilatation avec bougies de Beniqué.

L'opéré sort la 30 décembre 1878 passant le nº 44 Beniqué

Observation XXXI.

Rétrécissement de la portion spongieuse de l'urèthre ; uréthrotomi interne sur la paroi inférieure du canal ; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami M. Fage, interne des hôpitaux).

Doceul (Pierre), âgé de 58 ans, marin, entre le 13 octobre 1878, salle 11, hôpital Saint-André, service de M. le professeur Dudon.

Blennorrhagie datant de l'âge de 20 ans ; début de la stricture incertain.

L'exploration révèle au niveau des bourses un noyau induré d'une étendue de 1 centimètre ; tentatives infructueuses de dilatation pendant quinze jours ; *resilient stricture*.

Uréthrotomie interne le 10 novembre 1878 ; section de la paroi inférieure avec l'instrument de Maisonneuve ; sonde à demeure nº 20 pendant quarante-huit heures ; pas d'accès de fièvre ; dilatation avec Beniqué le sixième jour ; elle n'est entravée que par quelques légers frissons.

L'opéré sort le 20 décembre 1878 passant le nº 44 Beniqué.

Observation XXXII.

Rétrécissement de l'urèthre ; uréthrotomie interne ; sonde à demeure ; fièvre uréthrale ; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami M. Fage, interne des hôpitaux).

Pelletan (Jacques), cultivateur, âgé de 59 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 15 février 1879, salle 11, service de M. le professeur Dudon.

Rétrécissement blennorrhagique serré, rétention d'urine, abcès r la paroi inférieure de l'urèthre ouvert par un médecin.

A son entrée à l'hôpital, tentatives de dilatation infructueuses. Uréthrotomie interne le 27 février avec l'instrument de Maisonuve à lame sur la concavité ; sonde à demeure n° 16. Hémorrha- légère. Le soir, accès de fièvre qui dure jusqu'au lendemain tin.

Le 28. La sonde à demeure est laissée dans le canal; urines intées de sang. Fièvre dans la soirée.

2 mars. La sonde est retirée ; la fièvre ne reparaît pas. Prescripn contre la cystite.

Les jours suivants jusqu'au 9 mars, l'état du malade s'améliore ; mmencement de la dilatation avec les Beniqué.

Le malade sort le 11 mars passant le n° 44 en étain

Observation XXXIII.

trécissement consécutif à une uréthrite causée par la masturbation (?); uréthrotomie interne; guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami M. Fage, interne des hôpitaux).

Emile Genis, 33 ans, peintre, entre à l'hôpital Saint-André le mars 1879, salle 11, service de M. le professeur Dudon.

Cet homme prétend qu'il aurait été atteint pendant deux ans ıne uréthrite chronique causée par des excès de masturbation?

La diminution du calibre du canal a commencé à une époque 'il ne peut fixer ; il a déjà été traité dans le service de M le proseur Azam, par la dilatation progressive ; il sortit passant le 24.

Il y a quatre ans, nouvelle récidive de la coarctation; cystite ronique; urines troubles; besoins fréquents d'uriner ; la vessie se le incomplètement; le malade entre alors à l'hôpital.

On constate alors :

Rétrécissement serré de la portion bulbo-membraneuse du ca-l; incontinence d'urine par regorgement; distension de la vessie i se vide incomplètement; cystite; urines remplies de mucosités de pus.

Pendant quelques jours, excès infructueux pour passer une bou-

gie fine ; le quatrième jour, on arrive à faire pénétrer le n° 5 ; il est laissé en place une heure chaque jour jusqu'au 18 mars où l'uréthrotomie interne est faite avec l'instrument de Maisonneuve à lame sur convexité ; hémorrhagie très-légère ; sonde n° 20 à demeure pendant quarante-huit heures ; pas de fièvre.

Jusqu'au moment de la sortie de l'opéré, le 10 avril 1879, aucun phénomène intéressant ne s'est produit. La cystite du malade dut être traitée par la térébenthine et les lavages de la vessie avec eau de goudron ; quand il sortit, elle était très-améliorée, les urines étaient presque limpides et le rétrécissement sectionné admettait le n° 20, filière Charrière.

Observation XXXIV.

Uréthrotomie interne ; guérison (1).

Fontana (Pierre), vitrier, âgé de 55 ans, entré à l'hôpital Saint-André le 30 novembre 1876, salle 10, lit n° 16.

Rétrécissement ayant débuté il y a dix ans.

Uréthrotomie interne le 8 janvier 1877, avec instrument de Maisonneuve ; sonde à demeure pendant trente-six heures.

Guérison.

Observation XXXV.

Uréthrotomie interne ; guérison.

Faure (Jean), lithographe, entré à l'hôpital Saint-André, salle 10, lit n° 20.

Rétrécissement datant de sept ans ; jadis traité par la dilatation dans les salles de M. le professeur Oré.

Uréthrotomie interne le 10 février ; sonde à demeure pendant trente-six heures ; violents accès de fièvre pendant trois ou quatre jours.

Guérison.

(1) Les observations suivantes d'uréthrotomie interne m'ont été communiquées par M. Lacour, interne des hôpitaux de Bordeaux.

Observation XXXVI.

Uréthrotomie interne ; guérison.

Colin (Félix), 38 ans, garçon de café, entré le 12 janvier 1877, le 10, lit n° 19.
Uréthrotomie interne avec appareil de Maisonneuve, sonde à de-ure pendant trente-six heures.
Guérison.

Observation XXXVII.

Uréthrotomie interne ; guérison.

Pichon (Paul), 48 ans, peintre, entré à l'hôpital Saint-André le évrier 1877, salle 10, lit n° 13.
Rétrécissement datant de 1873 ; abcès péri-uréthral.
Uréthrotomie interne le 20 février 1877, avec appareil de Mai-ıneuve. Sonde à demeure pendant trente-six heures ; accès de vre violents.
Guérison.

Observation XXXVIII.

Uréthrotomie interne ; guérison.

Greffier, âgé de 40 ans, entré à l'hôpital Saint-André le avril 1877, salle des Grands-Payants, chambre n° 10.
Rétrécissement ancien ; deux trajets fistuleux livrant passage à rine.
Uréthrotomie interne et incision des fistules le 4 mai ; sonde à meure , fièvre dès le premier jour.
Guerison.

Observation XXXIX.

Uréthrotomie interne ; guérison.

Bresse (Pierre), 50 ans, journalier, entré à l'hôpital Saint-André mai 1877, salle 10.
Rétrécissement de la portion pénienne de l'urèthre ; tentatives

infructueuses d'électrolyse pendant un mois par le Dr Labat. Il est à ce moment remplacé par le Dr Gervais, chirurgien des hôpitaux, qui décide l'uréthrotomie interne et la pratique le 2 août. Pendant l'introduction de la bougie conductrice, on découvre un second rétrécissement dans la portion bulbeuse. Les deux coarctations sont incisées par la lame de Maisonneuve et une sonde est mise à demeure.

Prescription : sulfate de quinine. Le soir, un peu de fièvre.

4 août. La fièvre tombe.

Le 5. La fièvre reparaît; rougeur érysipélateuse du scrotum. Œdème de la verge.

Le 6. La sonde est retirée; elle était repliée sur elle-même ; on en place une seconde à demeure ; la fièvre continue.

Le 7. On retire la sonde placée la veille ; elle est également repliée. Le malade urine difficilement. La fièvre diminue le soir.

Le 8. Plaque indurée au-dessus du scrotum ; l'induration de la base de la verge ne s'est pas améliorée.

Le 9. On fait inutilement des tentatives de cathétérisme ; aucune sonde ne peut franchir le rétrécissement; on réussit non sans peine à faire pénétrer dans la vessie une baleine laissée à demeure.

Le soir, l'interne de service trouve la baleine hors du canal *et* la remet en place.

Le 10. Le malade se plaint beaucoup ; la paroi abdominale est infiltrée et rouge ainsi que le scrotum ; dans la soirée, frisson intense, facies terreux, langue noirâtre.

Le 11. Une sonde en gutta percha n° 13 est introduite dans la vessie. M. Gervais fait quatre longues incisions sur la peau du scrotum.

Le soir, le malade est très-soulagé et urine facilement.

Le 12. Trois nouvelles incisions sur la paroi abdominale.

Le 13. L'état du malade s'améliore rapidement, la rougeur disparaît progressivement.

Le malade sort quelques jours après incomplètement guéri de son rétrécissement; nous ne l'avons pas revu depuis.

OBSERVATION XL.

Rétrécissement de la portion bulbo-membraneuse de l'urèthre
hrotomie interne ; hémorrhagie intra-vésicale terrible ; guérison

euillerade (Alfred), matelassier, âgé de 58 ans, entre à l'hôpital
t-André, dans la salle 10.

étrécissement de la portion bulbo-membraneuse de l'urèthre.
ettant avec peine la bougie n° 2.

réthrotomie interne le 15 juin 1877 ; vu l'incision insuffisante;
luite par une première lame, on en fait une seconde avec une
e plus large ; hémorrhagie aussitôt après ; sonde à demeure
9 ; l'urine qui s'écoule par la sonde est sanglante. Prescription :
e au périnée et sur la vessie ; ergotine et alcool. d'aconit.

deux heures, dans l'après-midi, le malade veut uriner, mais
ain ; la sonde ne laisse couler que quelques gouttes de sang.

'interne du service, appelé auprès de l'opéré, constate que le
ls est filiforme et que la vessie distendue par le sang accumulé
onte jusqu'au niveau de l'ombilic ; toute la région inférieure au
passant par le nombril donne une matité absolue à la per-
sion.

'aspiration du liquide de la vessie est aussitôt pratiquée ; on re-
800 à 1,000 grammes d'urine sanguinolente. Citrate de quinine :
centigrammes.

ans la soirée, nouvelle aspiration qui donne 300 grammes
ine sanguinolente. La sonde à demeure est retirée ; glace au
née.

6 juin, vers quatre heures du matin, l'interne du service tente
ouveau l'aspiration du liquide contenu dans la cavité vésicale ;
r cela, il place dans la vessie une sonde en argent, mais il ne
réussir, les caillots obturant l'orifice de l'instrument ; à la fin,
endant, ses tentatives patientes amènent 200 grammes d'urine
glante.

u moment de sa visite, vers les neuf heures, M. Labat essaie
ain de placer une sonde dans la vessie.

ers les deux heures de l'après-midi, il revient et passe facile-
t la sonde, par laquelle s'écoule environ un litre d'urine san-
te.

sept heures, le malade est bien pour son état.

Le 17. Le malade urine seul de l'urine mêlée à des caillots.

Le soir, l'urine n'offre plus que peu de caillots ; état général bon.

Le 18. Pas de fièvre; langue jaunâtre ; plus de caillots dans l'urine.

Le 22. Rien de nouveau; le malade se plaint d'une douleur vive au périnée ; chemise tachée de pus sanguinolent.

A dater de ce moment, rien à noter. Le malade sort le 16 juillet.

Observation XLI.

Uréthrotomie interne ; guérison.

N..., atteint de rétrécissement au lieu d'élection, entré à l'hôpital Saint-André en août 1877, salle des Petits-Payants.

Uréthrotomie interne le 20 septembre ; pas de sonde à demeure ; pas de fièvre.

Le 21, vers 5 heures, frisson violent; un érythème assez étendu se déclare ; herpès labialis ; guérison ; sorti le 14 octobre 1876.

Observation XLII.

Uréthrotomie interne ; guérison.

Desplats (Augustin), 25 ans, tonnelier, entré à l'hôpital Saint-André le 18 mars 1877, salle 10.

Rétrécissement traumatique.

Uréthrotomie interne avec instrument de Maisonneuve ; sonde à demeure ; fièvre.

Guérison.

Observation XLIII.

Uréthrotomie interne ; guérison.

Laffage (Sylvain), 34 ans, cocher, entré à l'hôpital Saint-André, salle 10.

Uréthrotomie interne le 20 mars 1877, sonde à demeure ; le soir, pas de fièvre ; le lendemain soir, un peu de fièvre qui fait laisser la sonde douze heures de plus.

Guérison et sortie le 2 avril 1877.

Uréthrotomies externes.

Observation XLIV.

Rétrécissement blennorrhagique et traumatique du canal de l'urèthre; uréthrotomie externe sans conducteur. Guérison.

(Communiquée par mon collègue et ami M. Courtin, interne des hôpitaux.)

Roy (Jean), forgeron, âgé de 38 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 20 janvier 1879, où il est placé à la salle 17, lit nº 10, service de M. le professeur Lannelongue.

Antécédents. Chaudepisses multiples depuis l'âge de 20 ans; le malade a employé contre elles des injections concentrées de sulfate de zinc et de sous-acétate de plomb; peu à peu le rétrécissement se manifeste et le malade éprouve des difficultés dans la miction; le jet d'urine diminue de calibre; suivant l'expression de Roy, il pissait en pomme d'arrosoir.

Il y a quatre ans, coup de pied violent au périnée; cependant pas d'hémorrhagie mais rétention d'urine qui oblige le blessé à se faire sonder; le chirurgien lui aurait fait le cathétérisme forcé.

Etat actuel. Le jour de son entrée il est atteint d'une rétention d'urine complète, survenue subitement; le cathétérisme est essayé, mais la sonde ne peut pénétrer dans la vessie; malgré les bains prolongés, les sondes et les baleines du plus petit calibre, les bougies tortillées de Leroy d'Etiolles ne peuvent franchir la coarctation du canal et cependant une urine purulente suinte goutte à goutte par le méat.

En présence de cette impossibilité à trouver le passage à travers la stricture, le chirurgien, M. Lannelongue, se décide à pratiquer l'uréthrotomie périnéale.

L'opération est faite le 21 janvier 1879. Le patient anesthésié par le chloroforme, on introduit un cathéter jusqu'au rétrécissement; le périnée est incisé sur la ligne médiane suivant une étendue de 5 centimètres; dissection couche par couche jusqu'à la rencontre du cathéter sur la pointe duquel le rétrécissement est fendu; introduction dans l'urèthre et dans la vessie d'une sonde

en caoutchouc vulcanisé ; comme pansement, on place sur la plaie périnéale, une éponge imbibée d'eau phéniquée. Prescription : Bicarbonate de soude en boisson.

27 janvier. Frisson à 11 heure du matin qui dure une heure ; rougeur du scrotum, sensibilité extrême du testicule gauche ; potion avec sulfate de quinine.

Le 28. L'orchite est parfaitement déclaré. Prescription : cataplasme, élévation des bourses, onguent napolitain.

6 février. M. Lannelongue sort la sonde à demeure ; cette manœuvre présente quelques difficultés, car le bout de la sonde est incrustée de matières calcaires ; il s'écoule un peu de sang ; on en place une autre.

Le 14. La sonde est de nouveau changée.

Le 17. La sonde à demeure est enlevée définitivement.

Le 18. Passage dans la canal des sondes Béniqué nos 36, 38, 40 : il s'écoule encore un peu d'urine par la plaie périnéale.

Le 21. On passe les nos 36, 40, 44, 46 de Béniqué.

Le 25. L'urine ne suinte plus par la plaie du périnée. Cathétérisme journalier avec les Béniqué.

6 mars. Léger accès de fièvre à la suite de la dilatation.

Le 11. Le malade prend son exeat.

Le patient est revenu à l'hôpital et le 30 mars, M. Courtin, interne du service, passait sans difficulté dans le canal le no 48 Béniqué.

La plaie périnéale était complétement cicatrisée.

Observation XLV.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre ; uréthrotomie externe sans conducteur ; guérison.

Capera (Eugène), âgé de 15 ans, entre à l'hôpital Saint-André le 16 janvier 1874, salle 17, service de M. le professeur Lannelongue.

Le 15 janvier, à 3 heures de l'après-midi, cet enfant s'amusait à faire de l'équilibre debout sur une barre de fer ; dans un faux mouvement, il tombe à califourchon et se contusionne violemment le périnée ; malgré la douleur qu'il ressent, Capera Eugène rentre chez lui à pied ; vers 7 heures du soir, sentant le besoin d'uriner, il essaie mais en vain de se satisfaire. Le lendemain matin, il arrive à

l'hôpital, la vessie distendue par le liquide. Le premier interne et l'interne de garde essaient le cathétérisme avec des sondes diverses, aucune ne peut pénétrer dans la vessie et il se produit une hémorrhagie uréthrale; ils ordonnent alors un bain prolongé. A 3 heures, l'interne de service, M. Gauthier, essaie de nouveau le cathétérisme et pénètre avec la plus grande facilité dans le réservoir urinaire, à l'aide d'une sonde métallique, qu'il laisse à demeure.

Le lendemain, cette sonde est changée et remplacée par une sonde en caoutchouc vulcanisé; le petit malade ne souffre pas et urine par la sonde. A ce moment le périnée présente une coloration noirâtre due à la contusion ; le prépuce et les bourses sont œdématiées.

Les jours suivants, toutes traces de contusion et d'œdème disparaissent; une légère uréthrite se déclare, occasionnée par la présence de la sonde dans le canal. Au bout de huit jours, la sonde est retirée, le blessé urine très-librement et sans douleurs; le 25 janvier il demande son exeat et quitte l'hôpital, ne conservant comme trace de son accident qu'un très-léger écoulement du canal et une coloration jaunâtre des téguments du périnée.

Le 26 février, un mois après, cet enfant revenait à la salle 17, dans l'impossibilité presque absolue d'uriner.

Il s'est produit pendant ce temps un rétrécissement tellement serré, que le jet d'urine, quand le malade fait des efforts violents de miction, atteint seulement la grosseur d'un fil; s'il pisse naturellement, sans contracter ses muscles, le liquide coule goutte à goutte sur ses souliers; en examinant la région périnéale, on peut sentir par la palpation, au niveau de la portion bulbo-membraneuse de l'urèthre, une induration assez étendue. Le cathétérisme est essayé, mais inutilement.

Pendant près d'un mois, jusqu'au 26 mars, M. Lannelongue essaya infructueusement d'introduire les plus fines baleines; le rétrécissement ne céda pas et n'admit aucun instrument, même pendant le sommeil chloroformique.

A bout de ressources, le chirurgien décida l'uréthrotomie externe.

L'opération est pratiquée le 23 mars, sans conducteur; le rétré-

cissement incisé, on introduit dans le canal et la vessie une sonde en caoutchouc vulcanisé nº 18. La plaie est bourrée de charpie.

Le 24 mars. Etat général excellent; température du matin 38, 8/10; pouls 100. Température du soir 39, 2/10; pouls 108. La plaie suppure un peu.

Le 25. Journée bonne. T. 37, 1/10; P. 92. T. du soir 38, 3/10. P. 100.

Le 26. La nuit a été bonne; l'opéré a bien dormi; la plaie périnéale suppure et laisse passer un peu d'urine. T. 38, P. 92. T. du soir 39, 1/10. Pouls 120.

Le 27. Même état qu'hier matin; le soir à 3 heures le malade se plaint d'avoir ressenti des frissons ; le pouls est à 116, le thermomètre marque 39, 6/10 dans l'aiselle

Le 28. Tout est rentré dans l'ordre; la fièvre a disparu.

Le 1er avril. L'extrémité de la sonde qui est restée en place jusqu'à ce jour sort par la plaie du périnée; on la retire; elle est incrustée de sels calcaires et remplacée par une nouvelle.

De ce jour jusqu'au 14 du même mois, il ne s'est présenté aucun phénomène saillant : aujourd'hui (14 avril) la plaie périnéale est presque complétement cicatrisée; quand le malade pisse, il ne s'écoule pas une goutte d'urine par la plaie uréthrale.

Eugène Capera quitte l'hôpital le 20 avril 1876.

Observation XLVI.

Rétrécisssement blennorrhagique de la portion membraneuse; fistule périnéale; uréthrotomie interne et externe sur conducteur; guérison.

M. G..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 15 mai 1877, chambre 13 des Grands-Payants, service de M. le professeur Denucé.

Antécédents. — Chaudepisse contractée en 1865; goutte militaire persistante ; début du rétrécissement en 1870 ; en janvier 1876, abcès périnéal et fistule scrotale située sur le côté gauche du raphé. Le malade se remet aux mains d'un médecin de Blaye, qui le traite par la dilatation progressive ; sous l'influence de ce traitement, amélioration tellement notable que M. G... se marie ; cet événement fut pour lui l'occasion d'excès de coït et de table ; l'inflam-

mation uréthrale reparaît, la fistule suppure de nouveau, le rétrécissement se resserre ; des accès de fièvre se montrent. Tourmenté de sa situation, le patient va consulter le professeur Denucé, qui le fait entrer dans son service à Saint-André.

Etat actuel. — Le cathétérisme pratiqué avec une bougie n° 4 (filière Charrière) fait constater la présence d'un rétrécissement de 3 centimètres environ occupant la portion membraneuse.

Pendant les trois premiers jours, ce numéro seul peut passer ; puis tout à coup, dans une seule séance, le rétrécissement admet sans difficulté jusqu'au n° 12. Le cathétérisme produisait chaque fois un accès de fièvre avec frisson.

Le 22 mai, après sept jours de traitement, le n° 14 franchit la stricture. Le lendemain et le surlendemain il fallut s'arrêter au n° 13 et au n° 12. Chaque fois la bougie était laissée en place dans le rétrécissement qui l'enserrait fortement.

Comme le malade, professeur dans un collége, demandait à quitter le plus rapidement possible l'hôpital, le chirurgien lui propose l'uréthrotomie interne.

L'opération est pratiquée le 2 juin.

Le patient, chloroformé, est placé en travers du lit, dans la position classique. M. Denucé pratique facilement la section de la coarctation de dedans en dehors avec l'uréthrotome de Maisonneuve, à lame glissant sur la concavité ; une sonde n° 18 est immédiatement après placée dans le canal et remplacée presqu'aussitôt par un cathéter cannelé ; c'est sur ce conducteur que le chirurgien incise de dehors en dedans toute l'épaisseur de la paroi inférieure du canal ; les tissus incisés sont épais, durs et résistants ; la section périnéale achevée, on substitue au cathéter une sonde de moyen calibre qui est introduite sans trop de difficulté avec un mandrin. Une demi-heure après l'opération, une injection fut poussée dans la vessie ; l'eau ressort par la sonde et par la plaie de la fistule ; il y avait à ce moment une hémorrhagie de 200 grammes environ par la plaie périnéale. Pansement compressif simple. Le malade doit prendre 1 gr. de sulfate de quinine et ne pas laisser l'urine s'accumuler dans la vessie.

A la visite du soir, l'état de l'opéré est très-satisfaisant : peau fraîche, pas de fièvre ; l'urine s'écoule bien par la sonde. Un peu de douleur à l'hypogastre.

Dans la nuit, l'urine sort en grande partie par la plaie du périnée.

Le lendemain de l'opération, l'état général est excellent, la température est à 37° c.

Le 4 au matin, légère infiltration des bourses ; l'état est bon ; changement de la sonde ; compresses résolutives appliquées sur le scrotum.

Dans la nuit, la sonde s'échappe, le malade est inquiet ; l'urine s'écoule par la plaie périnéale.

Le 8. La sonde n'est pas remise en place, l'urine s'écoulera par la plaie.

Le soir, aucune réaction fébrile ne s'est produite, le liquide s'écoule par le périnée et par le méat.

6 juin. L'infiltration des bourses diminue, pas de fièvre. Continuation du sulfate de quinine.

Le 7-8. Même état ; application d'une pommade iodurée.

Le 9. Rien à noter ; M. Denucé place dans le canal une sonde en caoutchouc vulcanisé.

De ce jour jusqu'au 24 juin, les choses sont restées à peu près dans le même état ; l'œdème du scrotum persiste ; le chirurgien explore le canal avec une sonde Béniqué n° 25, elle ne peut pénétrer ; on essaie alors une bougie de gomme élastique n° 14 ; celle-ci franchit facilement le rétrécissement incisé.

Jusqu'au 4 juillet, le malade est régulièrement dilaté avec les bougies en gomme élastique ; pendant ce temps il s'est déclaré une légère balanite et une adénite inguinale droite.

Le jour de sa sortie (4 juillet), l'opéré passait facilement le n° 18 de la filière Charrière.

Nous avons revu M. G..., le 2 janvier 1878 ; le n° 18 pénètre sans peine dans la vessie.

Observation XLVII.

Rétrécissement blennorrhagique datant de 13 ans ; uréthrotomie externe sur conducteur ; l'opéré était en voie de guérison lorsqu'il se suicida.

Offert Guy, terrassier, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 8 janvier 1878, où il est placé salle 17, lit n° 15, service de M. le professeur Lannelongue.

Il est porteur d'un rétrécissement blennorrhagique datant de

treize ans et pour lequel il a été sondé à différentes reprises jusqu'en 1877. A partir de cette époque jusqu'à aujourd'hui, il a cessé tout traitement et la coarctation uréthrale a augmenté au point qu'à l'heure actuelle, l'urine devenue très-trouble ne coule plus que goutte à goutte, et que le patient se plaint de douleurs rénales.

Depuis le jour de son entrée jusqu'au 5 février, le chirurgien de la salle essaie en vain de faire franchir le rétrécissement qui siége dans la portion membraneuse du canal aux plus fines bougies ; toutes les tentatives échouent, et l'uréthrotomie externe est décidée et pratiquée sur un cathéter introduit jusqu'au rétrécissement ; la recherche du bout inférieur de l'urèthre fut pénible, toutefois on parvint à introduire une sonde, ouverte à son extrémité inférieure, dans la vessie en la faisant glisser sur un stylet préalablement placé dans la partie vésicale du canal ; on mit une sonde à demeure et la plaie fut bourrée d'amadou.

Le soir, à 3 heures, l'opéré a pissé une urine claire ; pas de fièvre.

6 février. Bon état ; il est sorti une petite quantité d'urine par la plaie. Pouls 80. Temp. 38 C. ; le soir, le malade a eu trois ou quatre frissons ; la soif est intense, cependant l'opéré mange et ne se plaint pas trop. P. 82. T. 38.

Le 7. On panse de nouveau la plaie périnéale. P. 82. T. 38.

La verge est un peu œdématiée ; à la visite du soir, l'opéré accuse de nouveaux frissons. P. 90. T. 38.

Le 8. Bon état. L'œdème de la verge a diminué.

Le 9. Le pouls et la température ont baissé.

Le 11. Le mieux se maintient ; la sonde laissée à demeure est remplacée par une sonde en caoutchouc vulcanisé.

Dans la nuit, le malade enlève sa sonde qui est remise en place par le chef interne.

Le 12. L'opéré est agité ; la température est de 39, le pouls est à 100 ; dans la journée, l'interne du service est obligé de placer de nouveau la sonde qui a été enlevée par le malade.

Dans la nuit du 12 au 13, l'opéré se suicide en se pendant à l'aide de sa cravate à la barre transversale qui réunit les montants du lit de fer.

Cette mort volontaire ne peut pas être attribuée au délire, puisque dans la soirée tout état fébrile avait disparu et que quelques mi-

nutes avant l'accident il avait tranquillement demandé à boire à l'un de ses camarades de salle.

Elle doit être mise sur le compte du caractère du patient, qui à plusieurs reprises avait donné des symptômes de dérangement mental. Sous l'influence des reproches du chef de service qui lui démontrait les dangers qu'il courait en enlevant sa sonde, son excitabilité cérébrale s'accrut et il se pendit.

Observation XLVIII.

Rétrécissement traumatique du canal ; section interne d'une bride dans la partie spongieuse et uréthrotomie externe sans conducteur ; pleurésie purulente ; mort.

(Communiquée par mon collègue et ami M. Bouvet, interne des hôpitaux.)

Antoine Bissière, marchand, âgé de 55 ans, entre aux Petits-Payants, hôpital Saint-André, le 19 janvier 1878.

Rétrécissement traumatique dû à une déchirure du canal provoquée par une chute à califourchon du haut d'une vergue sur le sabord d'un navire.

La coarctation s'étend de la portion spongieuse jusqu'à l'anus ; on sent tout le long du trajet du canal un cordon dur, fibroïde.

L'opération est pratiquée le 21 janvier, par M. Labat. Uréthrotomie externe sans conducteur : incision s'étendant de la racine des bourses jusqu'à 3 centimètres en arrière ; uréthrotomie interne d'une stricture dont le siége est dans la partie spongieuse.

Prescription : ergotine, alcool d'aconit ; eau de pin gemmée.

A 3 heures, le malade est bien ; soif assez vive ; pas de réaction fébrile.

Le 22. Même état.

Le 23. Pouls à 100 ; soif assez vive. Léger frisson.

Le 25. Pouls moins fréquent, soif moins vive.

Le 26. Frisson, toux, dyspnée, point de côté à gauche, pleurésie du côté gauche.

Le lendemain, l'opéré demande son exeat malgré les observations qui lui sont faites.

Le 29. M. le professeur Labat passe à la demeure de son opéré ›our avoir de ses nouvelles ; il apprend qu'il a succombé la ·eille.

Observation XLIX.

:étrécissement blennorrhagique ancien de la partie bulbo-membraneuse de l'urèthre ; fausse route à la suite de cathétérisme ; abcès urineux ; fistule périnéale consécutive. Uréthrotomie externe sur conducteur ; abcès de la fosse ischio-rectale ouvert dans le rectum ; uréthrotomie interne ; guérison incomplète ; persistance d'un trajet fistuleux.

E. M..., négociant, âgé de 36 ans, entre à l'hôpital Saint-An-:ré, le 14 novembre 1876, salle des Grands-Payants, service du :rofesseur Labat.

Antécédents. — En 1857, à la suite d'un coït malsain, chaude-.isse traitée par les injections au nitrate d'argent ; cette première .lennorrhagie dura dix-huit mois. En 1861, E. M... pour prévenir ıne nouvelle uréthrite, à la suite d'un coït dont il n'était pas sûr, ɜ fait une injection avec du vinaigre de toilette ; douleurs vio-ɜntes dans le canal. Quelques semaines après, le malade s'aper-çoit d'une diminution dans la force et dans la grosseur du jet 'urine. En 1863, le rétrécissement était très accentué ; passages ɩe sondes faits par les médecins de St Maurice pendant quinze jours ınviron. Depuis ce moment jusqu'en 1876, le malade continue à se ɔnder de temps en temps, mais il reconnaît que la sonde ne fran-hissait pas la stricture ; en juillet 1876, E. M... se contusionna le ıanal sur la croupe d'un cheval sur lequel il était monté ; douleurs ives dans l'urèthre ; le 10 octobre suivant, difficultés de la mic-on ; le malade essaie de se sonder lui-même avec une sonde en ırgent qui butte contre le rétrécissement ; fausse route ; écoule-ıent de sang ; développement de l'inflammation à ce niveau, for-ıation dans la région périnéale d'une tumeur qui se ramollit peu à eu et devient fluctuante. Sur les conseils des médecins de la ville, ɔ patient entre à l'hôpital.

Etat à l'entrée. — Au périnée, le long du canal, on constate une ımeur fluctuante ; induration de l'urèthre jusqu'au-dessous des ourses ; par le méat s'écoule un liquide purulent ; le lendemain, ıcision de l'abcès qui semble ne pas communiquer avec le canal.

A cause de l'état inflammatoire du canal, il n'est pas procédé au diagnostic exact du rétrécissement.

Au bout de quelques jours, le Dr Labat essaie de franchir la stricture avec une fine baleine ; après quelques tâtonnements, passage de la baleine qui ce jour-là est laissée en place pendant une heure.

Le lendemain, nouveau cathétérisme ; passage de deux baleines l'une servant de conducteur à l'autre.

Les jours suivants, on essaie de passer trois de ces petites bougies, mais infructueusement.

Pendant ce temps, le patient s'aperçoit que l'urine s'écoule par l'ouverture périnéale de l'abcès.

Le 3 décembre, le malade étant sorti et s'étant beaucoup fatigué, rentre à l'hôpital avec une fièvre intense qui a débuté par un frisson. On lui prescrit : 0,60 centig. de valérianate de quinine.

Le lendemain, nouveau frisson ; valérianate de quinine.

Le Dr Labat propose l'uréthrotomie externe qui est acceptée et pratiquée le 5 décembre 1876.

Incision du rétrécissement sur cathétérisme cannelé introduit dans la vessie ; le couteau, avant d'arriver sur l'urèthre, ouvre une collection purulente en avant du bulbe ; pas de difficultés opératoires, si ce n'est pour l'introduction de la sonde à demeure n° 17, fil. Charrière.

Le soir, le malade ne paraît pas trop fatigué ; lorsqu'il urine, le liquide s'écoule entre la sonde et les parois du canal.

Le 6. La sonde en gomme s'est échappée de la vessie pendant la nuit. Tentatives infructueuses pour la faire repasser dans le bout postérieur du canal ; le Dr Labat réussit enfin à placer une sonde en étain n° 18, fil. Charrière.

Vers midi, frisson intense, pouls à 120 ; valérianate de quinine.

Le 7, matin. Pouls à 112 ; on retire la sonde en étain et le malade pisse à volonté par sa plaie ; état saburral des voies digestives ; huile de ricin.

Vers midi, l'opéré a uriné deux fois, mais toute l'urine a passé par la plaie périnéale ; facies fatigué ; pouls à 120 ; température de 39 ; soif, céphalalgie ; douleurs abdominales au niveau de la vessie ; cystite intense.

Du 7 au 18 du même mois, l'observation de cet opéré n'a pu être prise avec autant de soin que dans les premiers jours.

Le 18. L'opéré, qui avait présenté un état meilleur pendant cette période, se plaint de douleurs lancinantes dans la région anale ; léger mouvement fébrile. A l'inspection de la région, par la palpation, on reconnaît une induration profonde de la fosse ischio-rectale.

Au bout de huit jours, la collection purulente s'ouvre dans le rectum ; soulagement immédiat des douleurs ; mais la plaie périnéale se recouvre de fausses membranes qui nécessitent l'emploi du nitrate d'argent ; bourgeons blafards et saignant avec facilité ; réapparition de la cystite, douleurs abdominales violentes ; tous ces phénomènes cèdent cependant au traitement et, dans les premiers jours de janvier, on reprend le cathétérisme ; mais les sondes ne peuvent pas franchir la coarctation qui s'est resserrée ; la plaie périnéale n'est plus qu'un étroit trajet fistuleux.

Le 7 mars. Uréthrotomie interne sous le chloroforme, sonde à demeure, suites simples ; le patient quitte l'hôpital sur ces entrefaites, pissant encore par un trajet fistuleux au périnée.

Observation L.

Rétrécissement traumatique de l'urèthre ; uréthrotomie externe sans conducteur ; guérison sans accidents.

Georgerail (Emile), âgé de 14 ans, entre à l'hôpital Saint-André dans les premiers jours de juin, salle N° 1, service de M. le professeur Labat.

Rétrécissement traumatique survenu dans les circonstances suivantes : l'enfant aidait son père à graisser des roues de charrette, lorsque l'une d'elles perdant l'équilibre tomba sur lui et le renversa à terre sans mouvement.

A l'examen qui eut lieu le soir même, on constata une légère ecchymose dans la partie supérieure de la cuisse et au périnée ; tuméfaction apparente, douleurs vives de ces parties ; absolument rien d'anormal dans les os et les articulations du bassin. Le symptôme capital est une rétention complète d'urine pour laquelle on pratique le cathétérisme ; à la portion membraneuse, la sonde est arrêtée par un obstacle, qui finit par être franchi, et l'on pénètre dans la vessie.

A partir de ce jour, tous les efforts de cathétérisme furent in-

fructueux ; une fois cependant une petite bougie filiforme dépassa le rétrécissement, mais elle ne fut pas fixée dans le canal.

Depuis, le blessé vide incomplétement sa vessie. (Certificat du médecin.)

A son entrée à l'hôpital, on essaie de franchir la stricture, mais en vain.

L'uréthrotomie externe, sans conducteur, est pratiquée le 15 juin 1877 ; sonde n° 16 à demeure ; pansement à plat.

Le 14. Pansement renouvelé ; pas de fièvre.

Le 16. Rien de nouveau.

Le 18. Changement de la sonde à demeure.

Le soir, pas de fièvre. Le malade a uriné sans que l'urine, à son dire, ait passé par la boutonnière.

On retire définitivement la sonde le 27 juin.

2 juillet. La plaie périnéale va très-bien ; l'urine ne passe plus par elle.

Sortie de l'opéré guéri, le 24 juillet 1877.

Observation LI.

Rétrécissements multiples de l'urèthre. Abcès urineux. Uréthrotomie externe sur conducteur combinée avec uréthrotomie interne. Guérison.

(Communiquée par mon ami le Dr Poinsot, chirurgien des hôpitaux.)

M. L..., âgé de 52 ans, cafetier, d'une constitution athlétique, mais de petite taille, est depuis vingt ans porteur d'un rétrécissement consécutif à une blennorrhagie. Sa santé avait toujours été bonne lorsqu'en juin 1878, il fut pris d'accès de fièvre violents contre lesquels on employa vainement les préparations de quinquina et de quinine.

Cette persistance des accidents fébriles engagea le médecin ordinaire du malade, M. le Dr Vovard, à porter son attention du côté de l'appareil urinaire. Il apprit alors que, surtout depuis un an, M. L... éprouvait une gêne toujours croissante de la miction et que les urines présentaient un caractère muco-purulent. M. L... s'était sondé jusque-là avec une sonde n° 6, mais il avait fini par éprouver de telles difficultés qu'il avait dû abandonner les

choses d'elles-mêmes. Il refusait d'ailleurs de se soumettre à aucun traitement prolongé.

Cet état empira dans les premiers jours de septembre, et, le 16 de ce mois, le Dr Vovard constatait une induration très-marquée au niveau de la portion périnéale de l'urèthre avec un peu d'œdème des bourses. La fièvre était à ce moment devenue continue, et le malade n'urinait plus que goutte à goutte et comme par regorgement.

C'est alors que M. le Dr Vovard me fit l'honneur de m'appeler en consultation.

L'infiltration déjà commençante du périnée, l'état purulent des urines, la persistance et l'intensité des accidents fébriles me firent proposer l'uréthrotomie externe, qu'accepta mon confrère et à laquelle le malade ne fut pas long à se résigner.

Je pratiquai cette opération le lendemain 17, avec le concours de M. le Dr Vovard et de MM. Martin du Magny, interne de l'hôpital des Enfants, et Roux, interne intérimaire du même établissement, M. Tourrou, premier interne de l'hôpital Saint-André, était chargé du chloroforme.

Un examen antérieur m'avait révélé l'existence de deux rétrécissements : l'un dans la région spongieuse, à 8 centimètres du méat ; l'autre dans la région membraneuse. Le premier avait pu être franchi avec une bougie n° 4, mais il m'avait été impossible de traverser le deuxième avec la plus fine bougie.

Au moment de l'opération, je renouvelai la tentative et, après dix minutes de recherches, je fus assez heureux pour introduire un des conducteurs de l'uréthrotome de Maisonneuve. Je vissai sur lui le mandrin, qu'avec une certaine pression je pus conduire dans le rétrécissement même.

Donnant ce mandrin à un aide, que je chargeai en même temps de relever les bourses, je pratiquai sur la ligne médiane du périnée un incision de 5 centimètres. Quand le bistouri arriva dans les couches profondes, il s'écoula un filet de pus phlegmoneux. J'incisai sur le mandrin le rétrécissement, qui s'étendait dans presque toute la longueur de la plaie cutanée et fis pénétrer par cette dernière un cathéter dans la vessie ; puis, me servant du mandrin toujours en place, je sectionnai avec la lame de l'uréthrotome le rétrécissement antérieur.

Je retirai alors l'uréthrotome avec la bougie conductrice et pus

faire pénétrer dans la vessie, en me guidant sur le cathéter introduit par la plaie périnéale, une sonde en caoutchouc vulcanisé n° 20,

Pendant l'opération, le nuage phéniqué avait été continué sans interruption ; aucune des précautions anté-opératoires recommandées par Lister n'avait été négligées.

Je lavai soigneusement et dans tous les recoins la plaie périnéale avec une solution de chlorure de zinc.

Le pansement consista simplement dans l'application sur la plaie d'une grosse éponge imbibée d'une solution phéniquée au 25e. Cette éponge devait être renouvelée toutes les deux heures.

18 septembre. La nuit a été bonne ; la fièvre a persisté, mais en se modérant.

La plaie périnéale est très-rétrécie ; l'œdème des bourses tend à disparaître. Le malade urine par la sonde.

Une injection phéniquée poussée dans la vessie à l'aide de la sonde ressort presque en entier par cette dernière.

Je nettoie la plaie avec la solution phéniquée au 25e. Prescriptions : sulfate de quinine 0 gr. 80, potages, vin, eau de Capvern.

Dans l'après-midi, le malade a un assez violent accès de fièvre.

Le 19. La fièvre s'est calmée assez tard dans la soirée, mais la nuit a été bonne, et le malade a dormi avec calme.

A la visite du matin, le malade est sans fièvre.

La plaie offre le meilleur aspect ; le liquide des injections vésicales revient tout entier par la sonde. Il ne s'écoule pas d'urine par le périnée pendant la miction.

Prescriptions *ut suprà*.

L'accès de fièvre se reproduit dans l'après-midi, mais il est plus court et plus léger.

Le 20. Le malade déclare se sentir parfaitement bien ; il réclame un régime plus substantiel.

La plaie est réunie dans sa partie profonde ; ce qui reste à cicatriser bourgeonne activement.

L'absence de tout écoulement d'urine par cette voie permet de faire un véritable pansement antiseptique (protective, gaze phéniquée, gutta-percha laminé) soutenu par un double spica.

Le sulfate de quinine est abaissé à la dose de 60 cent.

La journée se passe sans fièvre.

Le 21. Pansement. L'état général est excellent ; la fièvre ne re-araît pas.

Le 23. La plaie est entièrement comblée et il ne reste plus que a surface à cicatriser.

J'enlève la sonde et passe immédiatement une bougie Béniqué ° 19.

Même pansement.

A partir de ce jour, l'introduction de la bougie Béniqué a lieu ous les jours, avec la plus grande facilité, mais sans aller au delà u calibre indiqué.

Le malade se lève le 26 septembre.

Le 29. La cicatrisation de la plaie est définitive.

Je considérais le malade comme absolument guéri, quand le 3 oc-obre il me fit demander pour un petit abcès qui s'était formé au érinée et laissait passer quelques gouttes d'urine.

Voici ce qui était arrivé :

Le 1er octobre, en s'asseyant, M. L... s'était contusionné le pé-née sur le bras de son fauteuil; il n'y avait d'abord fait aucune tention, mais dans la soirée il avait éprouvé une certaine pesan-ur dans la région violentée. La gène avait continué le lende-ain, et enfin le 3 octobre, en allant à selle, il avait senti quelque iose se crever au périnée, un peu de pus mêlé de sang s'était coulé. A la miction suivante, quelques gouttes d'urine avaient ıssé.

Je recommandai alors au malade de n'uriner qu'avec la précau-on de comprimer latéralement le point que je supposais devoir urnir passage à l'urine.

Le 20 octobre, la guérison était complète. Le malade urinait rement et devait passer, tous les trois jours, une bougie en mme élastique n° 16.

J'ai eu occasion de revoir le malade au mois d'avril; le calibre canal s'était parfaitement maintenu, malgré la négligence ap-rtée par le malade à se sonder.

Observation LII.

Rétrécissement ancien consécutif à une blennorrhagie. — Infiltration urineuse étendue. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Guérison se maintenant depuis cinq ans.

(Communiquée par mon ami le Dr Poinsot, chirurgien des hôpitaux.)

M. A..., commis principal des chemins de fer, âgé de 35 ans, portait depuis six ans un rétrécissement consécutif à plusieurs blennorrhagies, quand, en décembre 1873, il fut pris d'accès fébriles intermittents contre lesquels les préparations de quinine demeurèrent impuissantes. Le médecin ordinaire, mon confrère et ami le Dr Bosq, ne tarda pas à découvrir la cause de ces accidents dans la gêne toujours croissante de l'excrétion urinaire et proposa au malade un traitement par la dilatation progressive.

M. A... se refusa à suivre un traitement qu'il jugeait incompatible avec l'activité de ses occupations, et les choses demeuraient en l'état quand, en février 1874, la miction devint à peu près impossible. En vain le Dr Bosq, autorisé à ce moment à entreprendre le traitement qu'il avait conseillé dès le début, essaya de passer de fines bougies; il dut y renoncer après des tentatives réitérées et borner sa médication à des applications de sangsues au périnée et des cataplasmes émollients sur le bas-ventre.

Le 20 février, le Dr Bosq trouvait son malade en proie à une fièvre continue s'accompagnant d'un état saburral très-prononcé. Le périnée était empâté et les bourses présentaient de l'œdème. Mon confrère demanda alors à prendre l'avis d'un chirurgien, mais M. A... se refusait à toute intervention. Ce ne fut que le 22, alors que les accidents avaient notablement marché, qu'il accepta l'offre de M. le Dr Bosq et me fit appeler.

Je trouvai que l'infiltration urinaire avait envahi le périnée, les bourses, et toute la région abdominale antérieure jusqu'au niveau de l'ombilic. La fièvre était intense; l'état général mauvais avec un léger subdélirium; la langue était sèche et couverte de fuliginosités. La miction était absolument supprimée depuis trente-six heures.

La nécessité de larges débridements s'imposait; je les pratiquai

après que le malade, qui ne voulait à aucun prix souffrir, eut été chloroformé par le Dr Bosq. Je fis une longue incision au périnée sur la ligne médiane, deux aux bourses, trois, deux latérales et une médiane, sur la paroi de l'abdomen. Il s'écoula par ces incisions une grande quantité d'urine mêlée d'un pus fétide.

Les plaies durent être lavées toutes les deux heures avec un mélange d'eau et de phénol.

Dans les jours qui suivirent, l'état général de M. A... s'améliora au delà de toute espérance ; la miction se fit par la plaie périnéale et aussi par la plaie latérale gauche de l'abdomen. La fièvre tomba, l'appétit revint et le malade reprit un léger embonpoint.

Le 25 mars, j'étais appelé de nouveau pour décider de l'opportunité d'une intervention destinée à rétablir le cours normal des urines, et le lendemain je pratiquai l'uréthrotomie externe avec l'aide de M. le Dr Bosq, et de MM. Lalesque, Pousson et Testut, alors internes de l'hôpital Saint-André.

Je me servis de la plaie déjà existante au périnée pour arriver sur le rétrécissement; mais j'eus les plus grandes difficultés pour découvrir le bout postérieur. Je pus enfin introduire par le périnée une sonde dans la vessie, et alors rien ne fut plus aisé que de la ramener au méat par la partie antérieure du canal.

L'opération ne dura pas moins de cinquante-cinq minutes.

Je plaçai à demeure une sonde en caoutchouc vulcanisé du n° 20. Cette sonde resta en place pendant six jours ; à ce moment, elle sortit d'elle-même dans un mouvement que fit le malade endormi. Je la remplaçai aussitôt et cette nouvelle sonde resta en place jusqu'au 10 avril, époque à laquelle je laissai le canal libre pendant quelque temps.

Cependant l'état général s'améliorait chaque jour, le malade, depuis l'opération, n'avait pas eu un seul instant de fièvre ; il dormait tranquillement, mangeait avec appétit et voyait son embonpoint s'accroître d'une façon marquée.

Au 20 avril, il persistait encore une fistule générale. Je résolus alors d'avoir recours à la dilatation progressive à l'aide des bougies Béniqué et arrivai peu à peu à passer le n° 22 de la filière.

Le 15 mai, la liberté du canal était absolue ; la fistule était cicatrisée et le malade se refusait à continuer un traitement dont il ne pouvait comprendre l'utilité en son état de santé parfaite.

J'ai revu M. A... en janvier 1879 ; bien qu'il ait négligé de se

sonder, la perméabilité du canal s'est maintenue dans les conditions où elle se trouvait après l'opération, et il ne conserve que le souvenir de ses incommodités d'autrefois.

Observation LIII.

Rétrécissement blennorrhagique ancien ; six calculs vésicaux, infiltration urineuse ; uréthrotomie externe sans conducteur ; taille bilatérale ; extraction des calculs. — Guérison maintenue jusqu'à la mort du malade, survenue deux ans après.

(Communiquée par mon maître et ami le Dr Lande, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux.)

X..., professeur de danse, âgé de 50 ans, est atteint depuis longues années de rétrécissement consécutif à de nombreuses blennorrhagies. Au mois de mai 1875, à la suite de fatigues, survient une rétention d'urine absolue. Le Dr Lande, appelé, essaie en vain de franchir le rétrécissement avec les plus fines bougies ; l'uréthrotomie est décidée et pratiquée le lendemain alors qu'il y a déjà un commencement d'infiltration urineuse. Le canal est incisé sur l'extrémité d'un cathéter introduit jusqu'au rétrécissement ; la portion rétrécie étant sectionnée sans conducteur, le bistouri arriva heureusement sur le bout postérieur de l'urèthre.

Une sonde métallique poussée dans la vessie fait reconnaître la présence d'un calcul volumineux, dont l'existence avait été du reste diagnostiquée avant l'opération par le toucher rectal.

L'incision uréthrale est un peu agrandie, la taille bitatérale pratiquée, et on retire de la vessie six calculs dont le plus gros a le volume d'un œuf de poule et les cinq autres celui d'une noisette. Les jours suivants il y a de la fièvre, un vaste phlegmon urineux envahit tout le côté gauche du tronc ; mais à la suite d'incisions, les phénomènes inflammatoires disparaissent et le malade entre rapidement en convalescence. Une sonde n° 25 avait été introduite immédiatement après l'opération ; elle fut changée à plusieurs reprises sans difficulté jusqu'à la guérison qui fut complète au bout d'un mois. Le malade alors passait journellement une sonde n° 22. Il a succombé, deux ans plus tard, à une hémorrhagie cérébrale, la guérison s'étant maintenue.

Observation LIV.

Rétrécissement blennorrhagique ancien; phlegmon urineux; uréthrotomie externe sans conducteur; guérison.

(Communiquée par mon maître et ami le Dr Lande, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux).

M. B.., âgé de 55 ans environ, atteint depuis longues années de rétrécissement blennorrhagique, était arrivé à ne pouvoir uriner que goutte à goutte quand, en 1874, il se décida à se soigner sérieusement. Très-craintif il repoussa toute opération et ce fut avec la plus grande peine que l'on parvint à introduire une baleine n° 2. Peu à peu cependant la dilatation fut obtenue et on arriva à introduire le n° 14; le malade se déclara satisfait de ce résultat et ne voulut pas pousser plus loin. Ce degré de dilatation fut maintenu pendant deux ans par l'usage de bougies; puis le malade abandonna tout traitement. Le rétrécissement se forma de nouveau et, en juin 1878, le malade en était arrivé à uriner très-difficilement quand, à la suite d'une longue marche, il fut atteint de rétention d'urine absolue. Malgré un traitement approprié, la miction étant impossible, le Dr Lande fut appelé et constata un commencement de phlegmon urineux, tout le périnée étant rouge, empâté, douloureux et la vessie sur-distendue de liquide.

N'ayant pas sous la main les instruments nécessaires, il se contenta de pratiquer une ponction de la vessie avec l'aiguille n° 2 de Dieulafoy et le lendemain il faisait l'uréthrotomie externe avec le concours des Drs Poinsot et Sayous. Le canal étant absolument imperméable l'opération fut faite sans conducteur et la recherche du bout postérieur présenta certaines difficultés en raison de l'épaisseur des tissus déjà infiltrés de pus. Une sonde n° 22 fut introduite dans la vessie et le malade dont l'état général était des plus graves avant l'opération, vit presque aussitôt la fièvre tomber et ses forces revenir. La guérison fut complète en cinq semaines et s'est depuis maintenue depuis un an.

Observation LV.

Rétrécissement blennorrhagique ancien. — Tuberculose pulmonaire. — Cystite violente. — Uréthrotomie externe sans conducteur. — Guérison.

(Communiquée par mon maître et ami le Dr Lande, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux).

M. A..., 32 ans, a eu de nombreuses blennorrhagies qui ont amené un rétrécissement de l'urèthre que le malade a toujours refusé de traiter. Atteint d'un début de tubereulose, M. A... voit son état général singulièrement aggravé par les souffrances que lui cause le rétrécissement et la cystite qui en est la conséquenee. Cette cystite est chez lui des plus intenses. L'introduction de sondes et de bougies est impossible, et la moindre tentative de eathétérisme provoque des douleurs horribles et de violents aeeès de fièvre. L'uréthrotomie externe est déeidée et pratiquée par le Dr Lande avec l'aide du Dr Riquard. Le rétréeissement est incisé sans eonducteur, la recherche du bout inférieur est assez difficile par suite de l'agitation du malade, mais dès qu'il est trouvé, une sonde n° 22 est introduite avec la plus grande facilité. Pendant les premiers jours, le malade souffre de la présenee de la sonde ; mais des injeetions calmantes pratiquées deux fois par jour dans la vessie font diminuer ces douleurs. La plaie se ferme peu à peu, mais les aeeidents du côté du poumon paraissent tout d'abord s'aggraver. Cependant, au bout de six semaines, il ne reste plus du eôté de la plaie qu'un trajet fistuleux ; l'état général s'amende, l'appétit renaît, la toux diminue, et le malade reprend un très-notable embonpoint.

Il garde eneore par précaution une sonde molle n° 22.

STATISTIQUES ÉTRANGÈRES

Observations d'uréthrotomie externe

(SÉRIES CONTINUES).

Statistique de Augustin Prichard, de Bristol (1).

Obs. I. — J. A..., âgé de 30 ans, rétrécissement uréthral datant de dix ans ; le malade se sonde lui-même avec une bougie de gutta percha qu'il laisse à demeure dans le canal et avec laquelle il se promène sans prendre aucune précaution pour l'empêcher de glisser dans la vessie; cet accident se produit un matin, trois jours avant qu'il ne soit vu par le chirurgien. Celui-ci, appelé à ce moment, fait différentes tentatives infructueuses d'extraction ; section de l'urèthre sur la bougie et extraction.

Puis, uréthrotomie externe de la coarctation sur conducteur; un cathéter de gros calibre est mis en place ; suites simples; les plaies guérissent complétement. Trois ans après le patient était parfaitement bien.

Obs. II. — R. J..., âgé de 64 ans, rétrécissement très-serré depuis plusieurs années ; rétention partielle d'urine à plusieurs reprises; abcès périnéal sans communication avec l'urèthre. Au moment où il est vu, phénomènes graves dus à la rétention d'urine complète ; impossibilité de pratiquer le cathétérisme, vu l'urgence des symptômes.

Uréthrotomie externe sans conducteur; cathéter placé dans la vessie. Les symptômes ne s'améliorent pas et il se produit une hé-

(1) Ten years of operative surgery in the Provinces, by Augustin Prichard, in British Med. Journ., vol. de 1860, p. 991.

morrhagie de la vessie quinze jours après l'opération. Mort le 19e jour.

A l'autopsie. — Hypertrophie de la tunique musculaire de la vessie ; dégénérescence graisseuse des reins ; abcès dans le rein droit et kystes nombreux. « Les reins, dans ce cas, dit Prichard, étaient trop malades pour permettre au patient de guérir. »

Obs. III. — J. H..., soldat, âgé de 68 ans, rétrécissement très-ancien traité pendant de longues années par la dilatation ; rétention d'urine ; collection purulente dans le canal au niveau du bulbe ; stricture infranchissable à tous les instruments.

Uréthrotomie externe sans conducteur ; cathéter à demeure jusqu'au sixième jour. Au bout de ce temps, il est retiré et remplacé par un autre ; le neuvième jour, l'urine passe en entier par le méat et un fort cathéter franchit aisément le rétrécissement. Guérison complète.

Obs. IV. — J. B..., âgé de 40 ans, rétrécissement, infiltration urineuse ; œdème considérable du pénis et du scrotum.

Uréthrotomie sur conducteur ; deux larges incisions sont pratiquées sur le scrotum ; le quatrième jour, le pénis était dégonflé, mais l'œdème du scrotum persistait ; affaissement considérable du malade ; large plaque de sphacèle se forme au périnée et à la partie inférieure du scrotum ; le cathéter est changé ; toute l'urine passe par la plaie périnéale jusqu'au vingt-unième jour ; au bout d'un mois de plus, ces larges plaies étaient cicatrisées et l'urine passait librement à plein jet par le méat.

Obs. V. — J. C..., âgé de 41 ans, rétrécissement traumatique datant de 20 ans, extravasation d'urine datant de 4 jours ; scrotum œdématié et du volume de la tête d'un enfant ; tumeur pointant au périnée indiquant la place d'une large plaque de sphacèle en ce point.

Uréthrotomie externe, (avec ou sans conducteur) et incisions du scrotum ; larges plaques de gangrène s'étendant au scrotum, au périnée et au côté de l'anus ; malgré cette perte de substance, le malade sortait le trente-troisième jour guéri, il pouvait pisser beaucoup mieux qu'il n'avait jamais fait depuis de longues années.

Statistique de William Stokes, de Dublin (1).

Obs. VI. — M. H..., âgé de 62 ans, entré à Meath Hospital le 16 décembre 1867, atteint de rétrécissement et de fistule urinaire périnéale datant de 6 ans ; impossibilité de passer la plus petite bougie dans la stricture.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 18 janvier 1868 ; pas de difficultés opératoires ; suites simples de l'opération : la plaie périnéale guérit complétement.

Obs. VII. — David E..., 33 ans, marin, entre à l'hôpital de Richmond le 18 décembre 1869 ; rétrécissement blennorrhagique cartilagineux de la partie membraneuse de l'urèthre ; rétention d'urine à la suite d'inflammation traumatique du testicule gauche ; impossibilité de franchir le rétrécissement ; les symptômes de rétention augmentent ; vessie énormément distendue.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 2 janvier 1868 ; difficultés opératoires à cause de l'étendue du rétrécissement et de sa profondeur ; sonde à demeure ; cinq jours après l'opération, le cathéter en gomme élastique n° 6 est introduit sans difficulté, et la plaie est trouvée se fermant rapidement. Dix jours après, la fistule périnéale n'est pas plus large que la tête d'une grosse épingle.

28 février. Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri et passant le plus gros des cathéters.

Obs. VIII. — R. Michael, âgé de 33 ans, admis à l'hôpital de Richmond le 6 juin 1868 ; rétrécissement blennorrhagique débuté il y a 11 ans ; à son entrée, rétention d'urine ; passage d'une petite bougie et essais infructueux pour faire franchir la coarctation à l'uréthrotome de Maisonneuve ; infiltration urineuse ; scrotum rouge et ecchymosé.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 12 juin ; cathéter à demeure.

Le 14. Frisson.

Le 17. Mauvaise nuit ; l'infiltration ne s'étend pas, mais ne di-

(1) Dublin Quaterly Journ., vol. LI, 1871, p. 6 et seq.

minue pas; gangrène du scrotum, gangrène de la peau qui recouvre les trochanters.

Mort le 16 juin.

Obs. IX. — J. R..., âgé de 40 ans, entre à l'hôpital de Riehmond le 30 juin 1870 ; rétrécissement blennorrhagique ; eathétérisme diffieile ; on passe eependant le eathéter n° 1 ; mais, pendant la nuit, il s'éehappe, et toute nouvelle tentative pour le replaeer reste infructueuse.

Uréthrotomie externe sans eonducteur ; quelques diffieultés opératoires ; passage du cathéter n° 9 ; la cieatrisation de la plaie se fait lentement et le patient est obligé de garder pendant près de huit semaines un gros cathéter dans la vessie et cela sans qu'il en résulte rien de fâcheux pour lui. Quand il sortit, il était eomplétement guéri et passait les plus gros numéros de la filière française.

Statistique de James Wallace, chirurgien de Greenock Infirmary (1).

Obs. X. — E. C..., cloutier, âgé de 30 ans, entre à Greenock Infirmary le 3 janvier 1853 ; trois chaudepisses : en 1839, 1843, 1851 ; en 1847, difficulté dans la miction et aeeès de rétention urinaire ; rétrécissement très-net et très-serré ; tentatives de cathétérisme ; ee qu'on gagne de terrain un jour est perdu le lendemain.

Uréthrotomie externe sur eondueteur le 4 mars ; eathéter en plaee pendant deux jours ; pas d'hémorrhagie pendant l'opération ; la cieatrisation fut retardée pendant quelque temps par une dysentérie contractée par l'opéré. Cependant, la plaie était eomplétement fermée le 3 mai, à quelle date le cathéter n° 12 était introduit avee la plus grande faeilité. En mai 1856, trois ans après l'opération, le malade est revu ; bien que depuis le jour de l'opération il avoue ne s'être pas passé de bougie, les n°s 9 et 12 franehissent aisément l'aneien rétréeissement.

(1) Cases of urethrotomy, by Dr James Wallace, in Glasgow med. Journ., april 1856, et in Half Jearly Report, vol. XXIII, 1856, p. 197.

Obs. XI. — G. D..., marin, admis le 2 février 1853; rétrécissement blennorrhagique datant de 8 ans; fistules périnéales; accès de rétention urinaire.

Quelques jours avant son admission à l'hôpital, à la suite d'excès de boisson, nouvelle rétention; gonflement et douleur dans la région périnéale; trois trajets fistuleux se forment, dont deux sont clos à son entrée; l'un est situé à un demi-pouce du méat, l'autre au bulbe. Le cathétérisme fait reconnaître un rétrécissement de chacun de ces points; dilatation; le cathétér n° 12 passe facilement; le malade se sentant mieux quitte l'hôpital; il revient au bout de quatre jours. La dilatation est faite de nouveau; il se déclare un abcès du corps spongieux communiquant avec le canal; ouverture de cet abcès; nouvelles tentatives de dilatation infructueuses.

Uréthrotomie externe sur conducteur le 10 mai; l'incision faite d'arrière en avant comprend le bulbe et une petite partie du corps spongieux; hémorrhagie de deux onces; cathétérisme dans la vessie pendant 48 heures. Vers le milieu d'août, il s'écoulait encore quelques gouttes d'urine par une petite ouverture du périnée; guérison complète en septembre.

Statistique de B. Bardenheuer de Cologne (1).

Obs. XII. — W..., Christian, âgé de 48 ans; rétrécissement datant de vingt-cinq ans; infiltration urinaire du périnée.

Uréthrotomie externe (avec ou sans conducteur?) le 14 juillet; suites très-bonnes; guérison le 8 octobre.

Obs. XIII. — Dorhn, David, âgé de 36 ans; rétrécissement blennorrhagique datant de neuf mois; abcès urinaires.

Uréthrotomie externe le 9 mai; sonde à demeure; frisson au bout de trois jours; le cathéter est enlevé et rien n'est plus introduit dans la vessie; 2 juin, cathétérisme journalier; suites très-favorables; sortie le 3 juillet, guéri.

(1) Jahres-Bericht über die Chirurgische Thätigkeit im Cölner stadtischen Bürger-Hospitale Wahrend des Jahres, 1875, von Dr B. Bardenheuer. Cöln, 1876, pp. 212-221.

Obs. XIV. — Neu, Michel, 37 ans, ouvrier de fabrique ; rétrécissement depuis 7 ans ; uréthrotomie interne en 1867 ; au bout de quelque temps, récidive ; il y a deux ans, nouvelle uréthrotomie interne ; récidive au bout d'un an ; rétrécissement infranchissable en 1875.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 9 juillet ; sonde élastique à demeure dans la vessie ; le malade ressent à la suite deux frissons attribués à l'irritation de la vessie par le cathéter qui est enlevé ; plaie blafarde le 20 juillet, fièvre intense. Le malade sort guéri le 22 mars 1876. L'uréthre est perméable à un gros cathéter.

Obs. XV. — Peter Muller, âgé de 64 ans ; rétrécissement blennorrhagique, difficulté de la miction.

Uréthrotomie externe le 6 novembre ; hémorrhagie arrêtée par perchlorure de fer. Mort de pyhémie.

Statistique de Follin (1).

Obs. XVI. — Carpentier, âgé de 63 ans; rétrécissement blennorrhagique siégeant à 14 centimètres du méat.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 19 novembre 1864 ; aucun accident ne vient traverser la guérison, sauf un phlegmon limité à la bourse droite ; sortie du malade le 22 janvier 1865, bien guéri ; l'urine ne passe plus que par le canal,

Obs. XVII. — N..., Henri, âgé de 28 ans, cultivateur, entré le 17 avril 1866 à l'hôpital Cochin ; rétrécissement blennorrhagique ; trois fistules périnéales oblitérées ; deux autres fistules périnéales laissant suinter l'urine ; fausses routes ; cathétérisme difficile ; uréthrotomie interne pratiquée sans succès par M. P..., qui remplaçait alors M. Follin.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 9 juin. Le 21 juillet le malade n'était pas guéri complétement en ce sens que le deux trajets n'étaient pas entièrement oblitérés.

(1) Carbonell. De l'uréthrotomie externe. Th. Paris, 1866, n° 137.

Obs. XVIII. — D..., âgé de 37 ans, entre à l'hôpital du Midi le 7 septembre 1863 ; blennorrhagie en 1856 ; difficulté de la miction en 1860 ; en 1863 augmentation de la dysurie ; abcès au périnée ; insuccès de la dilatation.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 24 septembre ; le 16 octobre, cicatrisation de la plaie ; guérison complète le 8 novembre.

Obs. XIX. — B..., âgé de 41 ans, menuisier, entre au Midi le 17 août 1864 ; rétrécissement blennorrhagique datant de 1852, à 15 centimètres du méat, infranchissable aux bougies.

Uréthrotomie externe sans conducteur ; ouverture de l'urèthre sur le bec d'un cathéter introduit jusqu'à l'obstacle ; introduction d'une sonde n° 16 ; bourgeonnement rapide de la plaie ; renouvellement de la sonde ; le 12 novembre, la plaie s'est complétement cicatrisée : on passe la bougie n° 28 dans le canal.

Obs. XX. — P..., âgé de 67 ans, marchand ambulant ; en 1820, chancre et blennorrhagie ; en 1835, la miction devient difficile ; le malade entre à l'hôpital du Midi le 26 août pour se faire soigner d'une épididymite, suite d'une nouvelle blennorrhagie contractée récemment ; rétrécissement siégeant à 11 centimètres 1/2 du méat ; cathétérisme difficile.

Uréthrotomie externe sur conducteur le 9 décembre ; suites simples de l'opération ; le 19 décembre, le malade sort en bon état ; la bougie n° 17 passe facilement.

Obs. XXI. — R..., charretier, âgé de 29 ans, entre à l'hôpital du Midi le 16 mai 1863. Chaudepisse à l'âge de 17 ans ; nouvelle blennorrhagie en janvier 1863, traitée par un pharmacien quelconque ; au commencement de mai, douleurs lancinantes au périnée ; formation d'abcès urineux sur le scrotum et sur le trajet de l'urèthre ; incision à son entrée ; 5 trajets urineux ; la bougie fait constater deux rétrécissements situés à la partie postérieure de la région spongieuse ; cathétérisme difficile ; le malade ne peut supporter les sondes à demeure.

Uréthrotomie externe sur cathéter cannelé, le 19 décembre 1854 ; suites simples ; le malade sort le 4 juin presque complétement guéri, conservant un seul trajet fistuleux ; le cathétérisme peut être

pratiqué avec de grosses sondes ; guérison complète un mois après sa sortie. Revu un an après l'opération, la guérison s'est maintenue.

Statistique de J. Smyiy, chirurgien de Meath Hospital (1).

Obs. XXII. — James Short, groom, âgé de 60 ans ; *relapsing stricture* datant de 30 ans, traitée successivement par la dilatation et par la section avec le « trocar stilette » de Stafford pour une rétention urinaire. Il avait visité plusieurs hôpitaux et, n'ayant jamais reussi à obtenir une guérison permanente, il accepte avec empressement la section périnéale. Le rétrécissement ayant été dilaté au point de recevoir un cathéter en argent n° 2, fut incisé sur le cathéter de Syme le 18 août 1856 ; sonde à demeure ; fièvre uréthrale et délire pendant quelques jours ; trois semaines après il quittait l'hôpital, guéri et passant le cathéter n° 9. Rien un an après ; la récidive ne s'était pas produite.

Obs. XXIII. — Bernard Coffee, âgé de 49 ans, greffier, est apporté à l'hôpital de Meath en état de collapsus et de mort apparente le 16 mars 1836. Rétrécissement datant de 14 ans ; abcès urinaire ; ouverture fistuleuse à l'ombilic et au périnée ; rétrécissement infranchissable incisé avec le « trocar stilette » pour remédier à une rétention d'urine ; périnée converti en une masse dure cartilagineuse.

Uréthrotomie externe sur conducteur ; sonde en gomme élastique à demeure (date de l'opération, le 7 octobre). La sonde n'est laissée en place que quelques heures ; frisson violent dans la soirée ; le 2 janvier 1837, le cathéter n° 10 passe facilement ; les fistules périnéales et ombilicales sont complétement guéries.

En mai 1847, le patient revient à l'hôpital pour se faire voir ; le cathéter n° 9 entre facilement ; l'opéré jouit d'une excellente santé, il est devenu gras et vigoureux

Obs. XXIV. — Joseph Goff, âgé de 47 ans ; rétrécissement blennorrhagique ; abcès et fistule urinaire périnéale ; aucun instrument

(1) Tbe Dublin Quaterly Journ., de novembre 1862, p. 273.

ne peut franchir la coarctation ; il est soumis pendant quelque temps sans succès à la dilatation.

Uréthrotomie externe sans conducteur ; sonde en gomme élastique n° 10, passée dans la vessie. Le patient fut renvoyé guéri, après être resté moins d'une quinzaine en traitement, le 23 juin 1852.

Deux ans après, il fut revu en bonne santé, sans récidive.

Obs. XXV. — John Underwood, âgé de 48 ans, cordonnier ; rétrécissement datant de dix-sept ans ; a fréquenté souvent les hôpitaux ; admis le 3 avril 1839 ayant une fistule périnéale et un gonflement énorme du scrotum et du pénis ; traité par la dilatation ; il sort au bout de peu de jours ; il revient en novembre 1846 avec une aggravation de tous les symptômes ; son état fut bien amélioré par une première uréthrotomie ; il quitta l'hôpital après six mois de traitement. En août 1847, il rentre de nouveau avec deux fistules, l'une au périnée, l'autre au-dessus du pubis ; le scrotum et la région périnéale présentent une dureté considérable.

Uréthrotomie externe pratiquée le 9 ; sonde en gomme élastique à demeure ; la plus grande partie du scrotum fut divisée, ainsi que le périnée qui était presque cartilagineux. L'opéré guérit parfaitement ; toutes les fistules se fermèrent et quatre semaines après l'opération il quittait l'hôpital, guéri d'une infirmité dont il souffrait depuis 28 ans.

Statistique de Socin, chirurgien de l'hôpital de Bâle (1).

Obs. XXVI. — Sutter (Henri), cigarier, âgé de 37 ans. Rétrécissement blennorrhagique ; abcès urinaires périnéaux ; rétrécissement infranchissable.

Uréthrotomie externe sans conducteur, sonde à demeure pendant 24 heures ; suites simples ; guérison avec fistulette au bout de 48 jours. (*Im Jahre*, 1877.)

Obs. XXVII. — Th... (G.), marchand, âgé de 45 ans. Rétrécissement blennorrhagique depuis plusieurs années ; infiltration

(1) Jahresbericht uber die chirurgische abtheilung des Spitals im Basel, im Jahre, 1877. — Druck von Fred. Richm, im Basel, S. 41.

urineuse du scrotum, des régions inguinales et des lombes jusqu'au scapulum; gangrène de la peau du scrotum.

Uréthrotomie externe et ablation des parties cutanées gangrénées; la déchirure du canal qui a donné lieu à l'infiltration d'urine siége dans la portion membraneuse; drainage de la plaie; sonde à demeure pendant les premières vingt heures; l'urine s'écoule largement par la plaie périnéale; abcès de la région lombaire; incision, suites régulières; il reste encore une petite fistule urinaire au moment de la sortie. (*Im Jahre*, 1876, p. 38.)

Obs. XXVIII. — Goldmann (Jacob), cultivateur, âgé de 21 ans. Rétrécissement traumatique, datant de quatre mois; fistules par lesquelles s'opère la miction.

Uréthrotomie externe; dilatation de la fistule; guérison en six semaines. (*Im Jahre*, 1875, p. 37.)

Statistique de Gouley, chirurgien de Bellevue, Hospital, de New-York.

Obs. XXIX. — J... (B.), âgé de 47 ans. Rétrécissement blennorrhagique; rétention urinaire; douleurs vives causées par sur-distension de la vessie; tuméfaction circonscrite près de la partie droite de la racine de la verge; tentatives infructueuses de cathétérisme pendant plusieurs jours; la plus fine bougie s'arrête à trois pouces et demi du méat.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 26 décembre 1860; incision pratiquée sur la ligne médiane à travers le bulbe jusqu'au canal inclusivement; un cathéter cannelé introduit par la plaie dans l'urèthre fait reconnaître un second rétrécissement à la partie postérieure du bulbe; il est incisé; une grande quantité d'urine s'écoule aussitôt.

La plaie périnéale fut laissée ouverte, et l'on commença la dilatation du rétrécissement antérieur; au bout de six semaines, la plaie était cicatrisée et une sonde n° 8 passait dans tout le canal.

La dilatation du rétrécissement derrière le méat fut continuée

(2) John Gouley. Diseases of the Urinary Organs. New-York, 1873, p. 146 et seq.

sans beaucoup de succès; on l'incisa alors avec l'uréthrotome de Civiale, et une sonde n° 14 fut introduite tous les deux jours.

Aucune sonde ne fut laissée à demeure, après chacune de ses opérations, et le patient n'eut ni fièvre uréthrale ni aucun autre accident pendant toute la durée du traitement. Un mois après la seconde opération, il quittait l'hôpital, avec la recommandation de se sonder.

Quatre ans après, Gouley revit son opéré qui lui avoua qu'il pissait bien, mais qu'il n'avait pas suivi le conseil de se passer des sondes; le chirurgien essaya d'introduire un instrument qui fut arrêté à trois pouces et demi du méat.

Le 20 mars 1868, il revenait à l'hôpital; trois mois avant, il avait eu une rétention d'urine, suivie d'infiltration urineuse et de sphacèle; deux trajets fistuleux s'établissent par lesquels l'urine sort presque en entier; l'une de ces fistules était située à la jonction du pénis au scrotum, l'autre près de la racine droite du corps caverneux. Au moment de son entrée, il était pâle et faible, l'urine s'écoulait en entier par les orifices fistuleux.

Tous ces phénomènes provenaient de la récidive du rétrécissement antérieur incisé avec l'uréthrotome de Civiale : on en fit la dilatation, puis la divulsion, et, en dernier lieu, l'incision avec le même instrument que la première fois; quand il quitta l'hôpital, la bougie n° 14 pénétrait dans la vessie.

Durant tout le temps de ce second traitement, aucun des instruments ne fut arrêté au niveau du second rétrécissement, qui avait été opéré huit ans auparavant par l'incision externe.

Obs. XXX. — D..., âgé de 25 ans, soldat retraité, entre à l'hôpital de Bellevue en mai 1863. Rétrécissement blennorrhagique infranchissable à cinq pouces et demi du méat; une bougie olivaire fait aussi reconnaître une bride à un pouce et demi en arrière de l'orifice interne du canal. Tentatives infructueuses de dilatation pendant plusieurs semaines.

Uréthrotomie externe sans conducteur pratiquée de la façon suivante : le périnée fendu sur la ligne médiane, une incision d'un demi-pouce fut faite en avant de la stricture dans la partie saine du canal; un petit cathéter cannelé alors introduit par la plaie, à travers l'orifice du rétrécissement mis à découvert, servit de conducteur au bistouri qui divisa profondément la portion rétrécie. Inci-

sion consécutive du rétrécissement antérieur avec un bistouri boutonné.

Aucune sonde ne fut mise à demeure, et le patient n'eut ni fièvre uréthrale, ni symptômes fâcheux.

Une sonde n° 14 fut introduite tous les trois jours pendant le mois qui suivit l'opération. L'opéré quitta l'hôpital, complétement guéri. Deux mois après, un instrument de même calibre que celui qu'il passait à sa sortie était introduit facilement.

Obs. XXXI. — W... (J.), âgé de 49 ans, entre à Bellevue-Hospital le 28 mars 1861. Syphilis constitutionnelle; blennorrhagie à l'âge de 19 ans; difficulté dans la miction à 33 ans.

L'examen de l'urèthre révèle quatre rétrécissements distincts dans la portion spongieuse de l'urèthre, dont trois sont franchis sans beaucoup de difficulté; mais le quatrième, situé à la région du bulbe, était très-serré pour la plus petite bougie.

Tentatives infructueuses de dilatation.

Uréthrotomie externe sans conducteur pratiquée de la même façon que dans l'observation précédente, c'est-à-dire que l'urèthre fut ouvert en avant du rétrécissement et celui-ci incisé sur un conducteur introduit par son ouverture mise à nu. Pas de sonde à demeure, mais une sonde en acier n° 14 fut passée tous les deux jours.

Le patient n'eut pas de fièvre, la plaie guérit parfaitement, et il quittait l'hôpital un mois après.

Obs. XXXII. — A... (J.), marin, vient trouver Gouley en avril 1864. Il souffrait en ce moment d'un rétrécissement blennorrhagique infranchissable. Antérieurement, il avait subi en mai 1860 la section périnéale pour un rétrécissement infranchissable situé à cinq pouces et demi en arrière du méat. L'opéré resta dans l'hôpital quatre mois après l'opération, portant une bougie flexible pendant tout le temps, à l'exception du dernier mois où le cathéter n'était gardé que la nuit. La plaie périnéale ne se cicatrisa pas avant le troisième mois; le malade cessa de se sonder après sa sortie de l'hôpital. « Quand je le vis, dit Gouley, en avril 1864, son urèthre était épaissi, et une bougie n° 1/2 ne pouvait être introduite. »

En juin 1864, uréthrotomie périnéale sans conducteur; l'opération est pratiquée comme dans le cas précédent.

« Contrairement à ma façon de faire, j'introduisis et fixai à demeure un cathéter en argent nº 12, qui resta en place 48 heures. Le troisième jour, le patient fut atteint de fièvre uréthrale, et le quatrième, il avait une rétention d'urine avec aggravation de sa cystite. Il guérit cependant.

Obs. XXXIII. — L... (M.), matelot nègre, âgé de 33 ans. Rétrécissement infranchissable datant de plusieurs années ; il est impossible d'en connaître l'origine à cause des dénégations du malade qui soutient ne jamais avoir eu ni chaudepisse ni traumatisme, périnéal. Tentatives infructueuses de cathétérisme. L'examen de l'urèthre avec bougie olivaire révèle un premier rétrécissement juste derrière le méat, et un second infranchissable à la plus fine bougie, à cinq pouces de l'orifice externe.

Uréthrotomie externe sans conducteur ; la section est faite en avant du rétrécissement et celui-ci incisé sur un cathéter très-fin introduit par son ouverture une fois qu'il a été mis à découvert; incision du méat et évacuation de la vessie. Pas de sonde à demeure.

Le patient n'eut ni frissons ni fièvre et urina librement, en partie par la plaie, en partie par l'urèthre ; une sonde en acier nº 12 fut introduite tous les deux jours jusqu'au 22 juin ; la plaie était complétement cicatrisée un mois après l'opération ; il pissait à plein canal.

Obs. XXXIV. — Edward P..., âgé de 36 ans, entré à Bellevue-Hospital le 1er juillet 1869. Chaudepisse quinze ans avant; goutte militaire ; quatre ou cinq ans après, le jet urinaire devint plus petit, spiroïde et faible ; douleurs dans les lombes, dysurie et frissons. Il resta ainsi, tantôt mieux, tantôt plus mal jusqu'au 25 juin 1863, époque à laquelle son urine commença à couler *guttatim*.

Le 29. Rétention urinaire ; tentatives infructueuses de cathétérisme ; rétrécissement siégeant à quatre pouces et demi du méat.

Uréthrotomie externe sans conducteur pratiquée, comme d'habitude, le 2 juillet : hémorrhagie de cinq onces ; plaie bourrée de lint ; dix grains de quinine ; pas de sonde à demeure ; pas de frisson ni de fièvre ; sonde nº 12 passée tous les deux jours et à partir

du 25 août, une fois par semaine. A ce moment (25 août), la plaie périnéale était déjà si bien cicatrisée que pas une goutte d'urine ne s'écoulait par elle.

En 1872, l'opéré était encore dans un excellent état.

Obs. XXXV. — X. ., âgé de 36 ans. Première chaudepisse en 1852; goutte militaire, difficulté de la miction en 1854; soigné à l'hôpital de New-York pour une vérole et pour son rétrécissement; dilatation avec bougie; le n° 1 peut seul franchir la stricture pendant les deux mois qu'il demeure à l'hôpital; il part peu après pour la Chine; pendant le voyage, rétention urinaire, rupture du canal, infiltration urineuse, formation de fistules périnéale et scrotale qui livrent passage à l'urine.

L'examen du canal fait reconnaître un premier rétrécissement à deux lignes derrière le méat; un second à un pouce et demi en arrière et un troisième très-résistant à cinq pouces et demi; celui-ci très-serré n'admettait pas la plus petite bougie. Tout le canal de l'urèthre au-dessous de ce point était dépourvu de souplesse et induré. Pendant plusieurs semaines, tentatives infructueuses de dilatation.

Uréthrotomie externe sans conducteur; ouverture du canal en avant de la stricture; recherche de l'orifice du rétrécissement; passage à travers l'ouverture d'un petit cathéter cannelé et incision de toute la partie rétrécie qui occupait le bulbe presque entièrement; un quart de pouce du canal, en arrière de la coarctation, fut compris dans l'incision; évacuation consécutive de la vessie. Avec le bistouri de Civiale, les deux rétrécissements antérieurs furent divisés. Pas de sondes à demeure; pas de frisson, pas de fièvre; en deux semaines, le malade fut capable de se lever et de se promener. La sonde en acier n° 13 fut introduite tous les deux jours; la plaie guérit dans l'espace de cinq semaines.

Obs. XXXVI. — Richard N..., âgé de 37 ans, admis à l'hôpital de Bellevue le 16 septembre 1869. Gonorrhée suivie de goutte militaire en 1848; abcès péri-uréthral ouvert spontanément et guéri complétement en 1850; en 1860, rétention d'urine à la suite d'excès; en juillet 1869, après une rétention partielle d'urine, abcès au périnée qui s'ouvre 25 jours après pour laisser couler de l'urine

et du pus ; trajet fistuleux consécutif; autre abcès sur l'ischion gauche.

L'examen de l'urèthre révèle deux rétrécissements : l'un à quatre pouces et demi en arrière, l'autre, très-dur et serré, un pouce plus loin.

Uréthrotomie périnéale le 18 septembre 1869, comme dans le cas précédent ; pas de sonde à demeure, pas d'hémorrhagie, pas de frissons ni de fièvre.

1er novembre. La plaie périnéale est presque fermée, et très-peu d'urine s'écoule par là.

Le 4. La plaie est cicatrisée, mais il reste encore une petite ouverture fistuleuse très-étroite par laquelle l'urine suinte par moments.

Obs. XXXVII. — N. L..., âgé de 28 ans, admis à l'hôpital de Bellevue, le 29 décembre 1869 ; gonorrhée il y a 12 ans ; le huitième mois, diminution marquée du calibre du jet de l'urine ; dysurie ; quatre ou cinq semaines plus tard, rétention complète d'urine qui cessa spontanément au bout de douze heures ; avant l'ischurie, abcès ouvert au périnée, laissant passer l'urine ; fistule consécutive ; jamais de nouvelle rétention d'urine, mais formation successive de vingt petits abcès au périnée, au scrotum, à la partie supérieure et interne des cuisses et dans la région hypogastrique ; aucun ne laisse passer l'urine, sauf un seul situé à la partie interne de la cuisse gauche ; cystite chronique.

L'exploration découvre un premier rétrécissement à un tiers de pouce de l'orifice externe du canal ; un second à quatre pouces plus loin, et un troisième à cinq pouces du méat, celui-ci infranchissable à tous les instruments ; une bougie capillaire introduite dans l'urèthre ressort constamment par la fistule de la face interne de la cuisse gauche.

Uréthrotomie périnéale sans conducteur et incision des trajets fistuleux le 8 janvier 1870 ; l'opération est faite suivant le procédé habituel de Gouley. Pas de cathéter à demeure ; trois heures après l'opération, léger frisson qui ne se renouvelle pas. 10 grains de quinine.

Le 20. La plaie scrotale est complétement cicatrisée, toutes les fistules se ferment, et l'urine ne sort que par la plaie périnéale qui

est couverte de bourgeons charnus de bonne nature. La sonde n° 10 a été passée deux fois par semaine.

2 février. Le malade quitte l'hôpital de son propre gré.

Obs. XXXVIII. — J. M..., âgé de 45 ans ; rétrécissement blennorrhagique de l'urèthre, datant de cinq ans, à 5 pouces 3/4 en arrière du méat ; il n'admet pas la baleine n° 1/4 ; un autre rétrécissement existe juste en dedans du méat. Tentatives infructueuses de dilatation pendant une semaine.

Le jour de l'opération, le 15 juin 1867, le périnée était chaud, tendu, douloureux et fluctuant ; par crainte de l'infiltration urineuse, l'uréthrotomie externe fut pratiquée sur une baleine n° 1/4, introduite dans la vessie. Incision du rétrécissement du méat avec le bistouri caché de Civiale ; après l'opération, un cathéter n° 17 passait facilement dans tout le canal ; pas de sonde à demeure.

Pendant les premières vingt-quatre heures, l'urine passa partie par la plaie, partie par l'urèthre ; mais depuis ce moment, pas une goutte ne s'échappa par le périnée ; la plaie était complétement cicatrisée en trois semaines. Jamais de fièvre uréthrale, ni d'accidents.

Levé au bout d'une semaine, l'opéré quittait l'hôpital le 30 juin, quinze jours après l'opération. En octobre suivant, il pissait encore à plein canal.

Obs. XXXIX. — H. F...., âgé de 23 ans ; gonorrhée à l'âge de 16 ans ; goutte militaire ; peu après, rétention d'urine et abcès suivi de trajet fistuleux au périnée ; guérison de la fistule au bout de trois mois ; aggravation des symptômes du rétrécissement qui avaient semblé s'amender pendant que l'ouverture anormale s'était maintenue ; nouvelle chaudepisse à 19 ans ; nouvelle rétention d'urine ; abcès ouvert cette fois par le chirurgien ; fistule pendant deux mois ; il y a deux ans, nouvel abcès suivi de fistule qui reste ouverte ; accès fréquents de rétention à la suite d'excès.

L'examen du canal découvre un rétrécissement situé à 3 pouces 5/8 du méat et en outre à quatre pouces ; pas de lésion des reins, ni de la vessie ; syphilis et taches cuivrées sur les jambes ; rhumatismes nocturnes.

Uréthrotomie de Syme, avec conducteur, le 19 octobre 1867 ; pas de difficultés opératoires le malade ne reste pas plus de quinze

minutes sur la table d'opération ; pas de sonde à demeure ; mort de l'opéré à 10 heures du soir, le 21 octobre, cinquante-six heures après l'opération. Pas d'autopsie.

Comme phénomènes, il avait présenté de la réaction fébrile le soir même, pouls à 100 ; le lendemain pouls rapide et faible, respiration accélérée ; le surlendemain collapsus, pouls excessivement faible et si rapide qu'il ne peut être compté. Pas de perte de sang, pas de déclin, pas de vomissements, pas de suppression d'urine à aucun moment. Mort attribuée à une thrombose probable du cœur.

Obs. XL. — G. D..., âgé de 35 ans, entre à Bellevue-Hospital, le 27 avril 1866, atteint d'un rétrécissement blennorrhagique serré et d'une rétention d'urine.

Le 30 avril. La rétention d'urine était complète, le périnée était tuméfié, chaud, douloureux et fluctuant; œdème considérable du scrotum.

Uréthrotomie externe sur conducteur ; ablation du tissu cellulaire sphacélé ; incision d'un rétrécissement près du méat et introduction successive des sondes en acier n°s 12, 13 et 14 ; le canal tout entier, du méat à la plaie périnéale, était très-induré et résistant. Pas de sonde à demeure ; pas de frisson ni de fièvre ; introduction quotidienne des cathéters en acier n°s 13 et 12 ; l'urèthre devint de plus en plus élastique et au bout de quatre semaines le patient quittait l'hôpital, quelques gouttes d'urine suintant encore au périnée.

28 juillet. La plaie se cicatrise complétement et le malade passait le cathéter n° 15.

Le 1er mai 1867, il pissait à plein canal et le cathéter du même calibre (15) passait aisément.

En juillet 1872, cet état s'était maintenu.

Obs. XLI. — J.-M. D..., âgé de 28 ans, admis à Bellevue-Hospital le 21 août 1867, souffrant de rupture de l'urèthre et d'extravasation d'urine.

Comme antécédents, chaudepisse contractée il y a quatre ans, un an plus tard nouvelle chaudepisse et presqu'en même temps diminution du calibre du jet d'urine, qui devint bientôt plus marquée, de telle sorte que guéri au bout de six semaines de sa gonorrhée,

il pissait gros comme une aiguille à tricoter; trois accès de rétention d'urine avant son admission à l'hôpital; à ce moment le scrotum et le pénis étaient énormément distendus et œdémateux ; le périnée était gonflé, chaud et tendu : l'urine suintait continuellement par le méat, mais la vessie très-distendue remontait jusqu'à l'ombilic ; la langue était sèche et noire, la peau chaude, le pouls à 100; douleurs vives dans les lombes.

Impossibilité pour l'interne de franchir un rétrécissement calleux siégeant à 5 pouces 1/2 du méat.

Uréthrotomie périnéale externe sur conducteur, le 22 août.

Une baleine filiforme est introduite à travers le rétrécissement; sur elle on glisse un cathéter cannelé jusqu'à la partie rétrécie. Incision de l'urèthre ; ablation du tissu sphacélé ; introduction successive de cathéters depuis le n° 12 jusqu'à 18 ; pas de sonde à demeure.

Le 23 août. P. 100 ; langue sèche et noirâtre ; la plaie paraît en bonne voie, et l'urine passe librement par son ouverture ; le gonflement du pénis et du scrotum diminue ; passage du cathéter en acier n° 12.

Le 25. Gangrène du scrotum et du pénis, incision ; après un examen minutieux on accuse de la pyélite et de la cystite ; quinine, fer donnés au malade, en outre du bouillon et de l'eau-de-vie déjà prescrits.

Le 27. La partie sphacélée du scrotum s'est séparée ; celle du pénis s'étend ; la plaie périnéale est nette et l'urine passe librement par elle.

3 septembre. La gangrène du pénis s'est étendue au canal, de telle sorte que la sonde au lieu d'entrer dans la vessie sort en avant du scrotum.

Le 5. Plaie périnéale presque cicatrisée ; l'urine s'écoule par l'ouverture en avant du scrotum ; l'urine retirée par le cathéter contient du pus.

7 octobre. Le patient va en s'affaiblissant, sans aucun changement dans les symptômes, et meurt à 8 heures du matin.

Autopsie. L'ouverture produite par le sphacèle sur le plancher du canal n'est pas fermée, mais la plaie périnéale est presque complètement cicatrisée. La vessie contient environ 8 onces d'un liquide fétide, noir et visqueux, consistant en pus et en urine alcaline : parois musculaires hypertrophiées ; épaisissement de la membrane

muqueuse. Les bassinets et les uretères sont dilatés et remplis de pus noirâtre et visqueux ; les reins sont trois fois plus gros que d'ordinaire.

Obs. XLII. — J. T..., 37 ans, cocher, admis à l'hôpital de Bellevue, le 11 août 1867.

Chaudepisse il y a 20 ans, mais sans difficulté de la miction, avant les six mois qui précèdent son admission ; trois mois avant son entrée, symptômes alarmants ; l'urine devient ammoniacale et fétide ; rétention d'urine ; infiltration urineuse ; sphacèle des téguments du périnée et du scrotum ; les testicules sont à nus à son entrée.

14 août. Bougie arrêtée par rétrécissement situé à cinq pouces et demi du méat ; cicatrisation graduelle des plaies résultant du sphacèle ; il reste néanmoins un trajet fistuleux par lequel s'écoule l'urine ; tentatives de dilatation sans grande amélioration.

Uréthrotomie périnéale (méthode de Syme) le 26 octobre ; sonde en acier n° 16 passe facilement jusque dans la vessie ; elle est immédiatement retirée ; pas de sonde à demeure.

8 novembre. Douzième jour après l'opération, le patient se promenait et la plaie était couverte de bourgeons charnus de bonne apparence.

20 décembre. Les sondes nos 14 et 15 sont facilement introduites ; la plaie s'est rétrécie, et il ne reste plus qu'un petit trajet fistuleux qui livre seulement passage à une petite bougie.

14 janvier. L'orifice fistuleux est traité par les injections de teinture d'iode ; la cystite a complétement disparu.

En avril 1868, il jouissait d'une excellente santé ; une ou deux gouttes seulement d'urine passe par la fistulette ; il pisse à plein canal.

Obs. XLIII. — John M..., âgé de 55 ans, admis à l'hôpital de Bellevue, le 3 janvier 1872 ; rétrécissement blennorrhagique datant de 30 ans, rétention d'urine.

L'examen du canal démontre deux rétrécissements; le premier dur et résistant occupe toute la fosse naviculaire, le second dur et tortueux siége à deux pouces et demi du méat et admet seulement une baleine tortillée, d'où impossibilité d'examiner la région bulbaire.

Le 10 janvier, le patient remis par un traitement préparatoire est opéré.

Après des essais infructueux pour passer les plus petites bougies creusées d'un tunnel (*tunnelled sounds*) et un effort sans résultat pour pratiquer l'uréthrotomie interne d'avant en arrière, l'uréthrotomie externe est décidée et pratiquée suivant le procédé habituel de Gouley ; un troisième rétrécissement rencontré au niveau du bulbe fut également divisé ; immédiatement après, passage facile des sondes n°s 12 et 14 ; comme l'hémorrhagie persiste, éponge placée dans la plaie et maintenue par bandage en T ; le patient fut alors mis au lit, les testicules soutenues pour prévenir l'infiltration d'urine ; dans l'après-midi, l'éponge est enlevée pour laisser écouler l'urine ; comme l'hémorrhagie persiste, elle est remplacée par le dilatateur de Barnes, qui du reste fut enlevé dans la nuit sans que l'écoulement de sang se reproduisît.

Le malade entre en convalescence sans accidents ; l'urine s'écoula par la plaie jusqu'au 18 janvier ; à ce jour elle commença à sortir aussi par l'urèthre. Le 10 février, elle cessait de couler par la plaie.

Passage des sondes dès le 12 janvier ; il quitte l'hôpital guéri.

Revu en septembre 1872, il pissait à plein canal, bien qu'il eût négligé de se sonder.

Obs. XLIV. — George S..., âgé de 25 ans, admis à l'hôpital de Bellevue le 5 juin 1872 ; il y a trois mois chute à califourchon sur la chaîne qui réunissait deux wagons ; rétention d'urine consécutive ; hémorrhagie pendant huit ou dix jours ; abcès périnéal le dixième jour, guérison en peu de jours ; passage de sondes, tous les jours, pendant une ou deux semaines ; conseil de continuer deux fois par semaine ; négligence de le faire, suivie, au bout de quelques jours, de dysurie.

A son entrée à l'hôpital, on trouve un rétrécissement dur et serré, infranchissable à 4 pouces 5/8 du méat ; noyaux indurés au périnée au point de la lésion ; cicatrice déprimée.

Uréthrotomie externe le 13 juin 1872, trois mois après l'accident. Le cathétérisme avec une baleine filiforme ayant réussi, introduction du cathéter cannelé et creusé d'un tunnel ; pas de difficultés opératoires, très-léger écoulement de sang ; pas d'hémorrhagie consécutive. Après l'incision du méat qui était très-étroit,

une sonde n° 12 fut introduite dans la vessie et retirée aussitôt dix grains de quinine et un grain d'opium ; pas de sonde à demeure ; sondes n° 14 passées à intervalles réguliers ; la plaie guérit en 23 jours.

Obs. XLV.—N. S..., rétrécissement, suite d'un traumatisme survenu le 22 février 1865 ; section périnéale le 19 août suivant par un des confrères de Gouley ; sonde en argent à demeure dans la vessie ; frissons graves tous les jours ; le cathéter est enlevé le quatrième jour, et on ne put plus l'introduire ; mais les frissons cessèrent et le patient pisse par la plaie et par l'urèthre. Comme la plaie générale commençait à guérir, on s'aperçut que le jet d'urine diminuait de calibre, et à la fin de trois mois il était devenu tout à fait petit et la plaie était devenue fistuleuse.

Nouvelle uréthrotomie externe par Gouley le 16 décembre, sur une bougie fine servant de conducteur, division entière du rétrécissement ; sonde n° 14 arrive aussitôt avec facilité dans la vessie ; pas de sonde à demeure ; cathéter introduit tous les jours pendant cinq jours et après cela tous les deux jours ; pas de frisson, pas de fièvre ; l'urine passe librement par la plaie, jusqu'à sa cicatrisation complète qui a lieu au bout de trois semaines.

Le patient est resté en observation pendant deux ans.

Obs. XLVI. — G. J..., âgé de 28 ans, charpentier ; rétrécissement, suite de traumatisme arrivé le 15 décembre 1865. En janvier 1866, envies constantes d'uriner ; efforts violents pour pisser quelques gouttes ; par moments rétention complète d'urine ; aucun instrument ne peut franchir un rétrécissement dense et serré situé au niveau du ligament de Carcassonne.

Uréthrotomie externe le 1er février 1866, sur une baleine du n° 1/4 servant de conducteur au cathéter cannelé et muni du tunnel ; la sonde en acier n° 17 arrive facilement dans la vessie après l'incision du rétrécissement ; elle est retirée aussitôt ; pas de sonde à demeure, pas de frisson ; le pouls n'a jamais excédé 30 pulsations par minute.

Pendant les premières vingt-quatre heures, l'urine s'écoule entièrement par le passage naturel et alors par la plaie périnéale, quand la tuméfaction inflammatoire de ses lèvres a cessé ; le n° 17 est introduit le cinquième jour ; quand on le retire, il s'écoule une

cuillerée à thé de sang. Ensuite la sonde est passée tous les trois jours. Le vingtième jour, la plaie était cicatrisée au point de ne plus laisser passer l'urine ; le nº 17 est introduit sans difficulté.

Deux semaines après la date ci-dessus mentionnée, une sonde de moyen calibre est arrêtée au niveau du rétrécissement ; pendant un mois on cesse le cathétérisme ; au bout de ce temps la stricture s'était de nouveau resserrée au point de ne plus admettre que difficilement le nº 10 ; le malade pissait bien cependant.

Revu le 17 janvier 1868, l'opéré jouissait d'une excellente santé; il n'avait eu aucune difficulté de la miction, son jet d'urine mesurait une bonne largeur, bien qu'il ne se fût pas introduit de sonde depuis mai 1866.

Obs. XLVII. — *Mort.* James G..., âgé de 24 ans, admis à l'hôpital de Saint-Vincent le 7 mars 1867 ; rétrécissement traumatique de l'urèthre et fistules urinaires ; l'accident dont il a été victime est arrivé le 15 juillet 1866 ; deux mois après, abcès à la région hypogastrique et à la cuisse droite qui laissent passer l'urine.

A son entrée, le malade offre l'aspect d'un individu qui a souffert depuis longtemps, peau sèche et chaude, pouls fréquent; odeur urineuse exhalée par son corps ; deux trajets fistuleux, l'un à la région hypogastrique, l'autre au sommet du triangle de Scarpa : c'est par ce dernier que s'écoule toute l'urine qui est chargée de pus.

L'examen du canal démontre un rétrécissement près du ligament de Carcassonne franchi seulement par une baleine nº 1/4. Le doigt dans le rectum fait reconnaître une fracture du pubis remontant à l'époque de l'accident.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 16 mars 1867, pratiquée suivant la manière habituelle de Gouley. Pas de sonde à demeure.

17 mars. Vomissement; l'urine passe par la plaie et l'urèthre.

Le 18. Tache érysipélateuse autour de la fistule supérieure ; *d'autres malades dans la salle étaient atteints d'érysipèle.*

Le 23. L'érysipèle a gagné presque toute la région abdominale et les cuisses jusqu'aux genoux; les organes génitaux externes sont indemnes. La plaie périnéale est en bonne voie ; la sonde nº 12 est introduite.

Les accidents de l'érysipèle s'accentuent, abcès et phénomènes

généraux graves d'adynamie, et l'opéré meurt le 4 avril, dix-neuf jours après l'opération.

Obs. XLVIII. — *Guérison.* J. O'C..., journalier, âgé de 27 ans ; rétrécissement de l'urèthre, suite d'un traumatisme ; rétention d'urine le dix-huitième jour ; sensibilité excessive de l'urèthre ; écoulement goutte à goutte de l'urine ; nouvelle rétention grave d'urine.

Uréthrotomie externe avec conducteur le 17 septembre 1867 ; pas de difficultés opératoires ; incision du méat urinaire qui était trop étroit pour admettre la sonde nº 18, qui est tout de suite retirée ; pas d'hémorrhagie ; pas de cathéter à demeure ; pas de fièvre ; l'urine coule par la plaie périnéale.

30 septembre. Le malade se lève, l'urine ne s'écoule plus par le périnée dont l'ouverture est presque entièrement cicatrisée. Guérison rapide.

3 août 1868. Le malade est revu, il est en bon état, il a continué à se sonder.

Obs. XLIX. — *Guérison.* J.-M. G..., 46 ans, entre à l'hôpital de Bellevue le 16 mai 1868 ; rétrécissement traumatique infranchissable par fracture du pubis ; dysurie quatre semaines après et rétention dix semaines après l'accident ; traitement infructueux par la dilatation ; fausse route ; hypertrophie de la prostate.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 4 novembre 1868 par Goulcy ; sonde à demeure pendant vingt-quatre heures ; légère hémorrhagie ; récidive du rétrécissement le 18 avril 1870, attribuée à la division incomplète du rétrécissement.

Nouvelle uréthrotomie externe sans conducteur le 21 avril 1870 ; sonde à demeure pendant trente-six heures ; hémorrhagie de 300 grammes ; frissons dans l'après-midi. Guérison complète de la plaie le 8 mai. Sortie de l'opéré le 15 juin 1870, après avoir été dilaté.

Obs. L. — *Guérison.* Thomas S..., âgé de 36 ans ; rétrécissement traumatique de l'urèthre ; à son entrée à l'hôpital, le 23 novembre 1868, six semaines après l'accident, rétention d'urine datant de vingt-quatre heures ; la dilatation est entreprise et menée jusqu'au nº 18 ; le patient quitte l'hôpital, mais pour y revenir le

12 décembre avec une nouvelle rétention d'urine et des abcès fluctuants.

Uréthrotomie interne sur conducteur de Syme; ouverture des abcès; ablation des parties sphacélées; hémorrhagie très-légère pas de sonde à demeure; frisson quelques heures après l'opération et un autre le jour suivant; aucun n'est suivi de fièvre. Bain chaud. Quinine.

18 décembre. Introduction des sondes en acier nos 14, 16 et 17.

15 décembre. Frisson dans la matinée. Le 23 décembre, après deux tentatives infructueuses pour introduire les sondes, Gouley passe à travers la plaie périnéale dans la vessie un cathéter cannelé, et élargit l'ouverture uréthrale postérieure avec un bistouri boutonné. Immédiatement après, facilité pour introduire les sondes jusqu'au ne 18.

Le 22 février 1869, exeat du patient; la plaie périnéale s'étant fermée six semaines après l'opération.

Obs. LI. — *Mort.* L.-C. J..., âgé de 27 ans; rétrécissement traumatique, suite de contusion périnéale; rétentions d'urine fréquentes dans l'espace de dix ans; incontinence d'urine par regorgement; cystite et pyélite; tentatives infructueuses de dilatation; l'uréthrotomie externe est proposée comme dernière ressource et pratiquée le 27 janvier 1869, une baleine introduite dans le rétrécissement servant de conducteur; aussitôt la stricture incisée, il s'écoule de l'urine purulente; hémorrhagie très-légère; pas de sonde à demeure; quinine.

1er février. Frisson, vomissements; douleurs vésicales et lombaires. Aggravation de ces phénomènes jusqu'au 8 février et mort le 13.

L'autopsie révèle : abcès dans les corps caverneux et le corps spongieux; hypertrophie concentrique de la vessie avec inflammation chronique de la membrane muqueuse; dilatation des bassinets et des uretères; abcès dans les reins et dans les poumons.

Obs. LII. — *Guérison.* George G..., âgé de 12 ans; oblitération de l'urèthre avec fistules urinaires à la suite de chute à califourchon sur une barrière; cystite; écoulement de l'urine par les fistules périnéales.

Uréthrotomie externe sans conducteur; création d'un nouveau

canal; pas de sonde à demeure; pas de fièvre uréthrale; guérison rapide de la cystite; l'urine passe presque tout entière par la plaie périnéale et par moment dans toute l'étendue de l'urèthre. (Date de l'opér., 13 oct. 1866)

Le 25 janvier 1867. L'enfant se promène maintenant dans les cours et pisse volontairement par la plaie périnéale, qui s'est rétrécie au point de n'admettre plus qu'une sonde n° 7. Un instrument de plus petit calibre passe avec difficulté dans la vessie, à travers toute l'étendue de l'urèthre.

Le 5 janvier 1868, Gouley apprend que l'enfant est en bonne santé, et qu'il urine encore volontairement à travers l'ouverture périnéale, une partie de l'urine s'échappant à chaque miction par le méat.

La fistule fut conservée ouverte pendant près de deux ans, par l'introduction occasionnelle d'un cathéter n° 8; mais lorsqu'il cessa l'usage de l'instrument, la fistule se rétrécit rapidement et se ferma presque complétement.

Obs. LIII. — *Guérison.* R. T..., âgé de 25 ans, chute à califourchon sur une crèche; oblitération de l'urèthre; fistules urinaires; écoulement goutte à goutte de l'urine par la fistule; efforts violents pour pisser pendant deux ans; à ce moment il entre à l'hôpital et est opéré le 12 octobre 1867.

Uréthrotomie externe sans conducteur; rétablissement du canal oblitéré; l'opération dura une heure et, de l'aveu de Gouley, c'est la plus longue et la plus difficile qu'il ait jamais eu à faire; pas de sonde à demeure; pas de fièvre, pas d'accidents; l'opéré guérit en conservant un orifice fistuleux par lequel l'urine suintait après chaque miction; il faut noter de plus que le 14 janvier 1868, il y eut une consultation pour savoir si l'on ne serait pas obligé de refaire l'uréthrotomie externe, la fistule et la coarctation se rétrécissant avec rapidité; sur ces entrefaites, le patient quitta l'hôpital. Il fut revu le 8 juin 1868, le cathéter n° 8 s'arrêtait au niveau du rétrécissement et l'urine ne sortait que par la fistule périnéale, mais sa santé générale très-améliorée.

Obs. LIV. — *Guérison.* M. W..., âgé de 35 ans, vint réclamer les secours de l'art au commencement de juin 1861.

Il souffrait à ce moment d'une rétention d'urine consécutive à un

rétrécissement de l'urèthre dû à de nombreuses chandepisses et plus récemment à une contusion du périnée, résultat d'une chute sur le pommeau d'une selle. La vessie remontait jusqu'au niveau de l'ombilic. Diverses tentatives avaient été faites pour remédier à la rétention, mais en vain.

Uréthrotomie externe sans conducteur; incision antérieure au rétrécissement qui est divisé sur une sonde cannelée introduite par son orifice mis à découvert. Cathéter n° 12 à demeure.

Deux heures après, l'opéré l'enlève; Gouley essaie de le remettre en place, mais en vain; il se décide alors à laisser couler l'urine par la plaie; pas de fièvre uréthrale, pas d'accidents; en quatre semaines, l'urine ne s'écoule plus par la plaie du périnée qui est presque complétement cicatrisée. La sonde en acier n° 12 a été introduite tous les deux jours.

L'opéré est revu le 23 novembre 1861, plus d'un mois après l'opération, par un des médecins qui assistaient à l'opération; il put passer dans la vessie une sonde en acier n° 8, la seule qu'il eût sur lui.

Obs. LV.— *Guérison.* A..., marin, âgé de 45 ans, *rasilient stricture* datant de quinze ans et fistule urinaire, dû en partie à la chaudepisse, en partie à une contusion du périnée ; tentatives infructueuses de dilatation.

Uréthrotomie externe sur conducteur de Syme en mai 1860; division de la fistule; cathéter en argent n° 12 à demeure pendant quarante-huit heures; ensuite l'opéré pisse par la plaie et par l'urèthre; fièvre uréthrale le troisième jour; sonde en acier n° 12 introduite tous les deux jours; le malade se lève au bout de trois semaines et, au bout de six semaines, les plaies étaient complétement cicatrisées ainsi que la fistule sus-pubienne.

Il quitte l'hôpital trois mois après l'opération.

L'opéré est revu deux ans après; il passait le n° 12 dont il avait continué à se servir.

Obs. LVI. — *Guérison.* Patrik L..., âgé de 32 ans. Rétrécissement infranchissable dû en partie à la chaudepisse et à la goutte militaire, en partie à une dilacération de l'urèthre par torsion de la verge; quinze mois avant son entrée à l'hôpital, formation au périnée d'un gros abcès qui s'ouvre spontanément et donne issue à

du pus et à de l'urine ; deux fistules périnéales ouvertes consécutivement de chaque côté de la ligne médiane.

Le 13 septembre 1866, il voulut, ayant trop abusé des spiritueux, se livrer à l'acte conjugal, mais ne put y parvenir ; sa femme, également en état d'ivresse, saisit alors la verge, la plia sur elle-même, l'attira en avant et la tordit avec violence ; hémorrhagie instantanée, considérable par le méat ; extravasation sanguine dans le tissu connectif du scrotum et de la verge jusqu'au niveau de l'ombilic ; un médecin appelé pratique le cathétérisme et des incisions libératrices.

A son entrée à l'hôpital, le 2 novembre 1866, les plaies sont cicatrisées, mais il existe encore un des anciens trajets fistuleux. Les caractères de la lésion et l'aspect des parties rendent évident que le corps spongieux a été lacéré en avant de l'ancien rétrécissement ; les corps caverneux sont aussi compris dans la lésion, puisqu'il n'a pas pu avoir d'érection depuis l'accident ; tentatives infructueuses de dilatation.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 4 novembre 1866, d'après le procédé habituel employé par Gouley ; hémorrhagie insignifiante ; pas de sonde à demeure ; pas de fièvre.

Le 23 novembre, la plus grande partie de l'urine s'écoule par le méat ; une petite quantité s'échappe par le trajet fistuleux, mais il n'en sort pas une goutte par la plaie périnéale, qui est presque close.

En juillet 1867, l'opéré est revu ; il a retrouvé son ancienne vigueur, il pisse à plein canal, la fistule est guérie, mais il ne peut entrer en érection.

Obs. LVII. — *Guérison.* R.-S. P..., âgé de 40 ans. Chaudepisses nombreuses ; rétrécissement du canal, aggravé par traumatisme du périnée ; rétention et infiltration d'urine ; fistules antéscrotales.

Le 6 mars 1869, uréthrotomie externe sur baleine introduite dans la vessie, et servant de conducteur au cathéter à tunnel de Gouley ; pas de sonde à demeure, mais sonde conique n° 12 introduite tous les deux jours ; pas de frisson, pas de fièvre ; guérison presque complète en deux semaines. Il part pour Panama, le 21 mars 1869, la plaie étant presque complétement cicatrisée.

Goulcy eut de ses nouvelles deux mois après. La plaie était entièrement fermée, et il était en bonne santé.

Obs. LVIII. — *Guérison.* James H..., journalier, âgé de 24 ans, admis à l'hôpital de Bellevue, le 10 septembre 1866. Rétrécissement en partie dû à la gonorrhée, en partie à un traumatisme du périnée; suintement continuel par regorgement; tentatives infructueuses de dilatation; rétention menaçante.

Le 23 novembre 1866. Uréthrotomie externe sur baleine servant de conducteur au cathéter à tunnel de Gouley; hémorrhagie légère; pas de sonde à demeure; l'urine s'écoule par la plaie principale; pas de frisson, pas de fièvre; rétablissement rapide; guérison complète au bout d'un mois. Il sort, portant le nº 42.

Revu en juin 1868 par Gouley, qui put introduire la sonde conique nº 12 en acier.

Statistique du professeur Eug. Bœckel, de Strasbourg (1).

Obs. LIX. — *Guérison.* Homme de 50 ans Entre à l'hôpital de Strasbourg, dans les derniers jours de juillet 1864, pour une affection des voies urinaires. Constitution robuste, mais souffre depuis de longues années d'un rétrécissement de l'urèthre. A son entrée, il ne pisse plus que goutte à goutte; la vessie remonte jusqu'à mi chemin de l'ombilic; au périnée, on trouve une tumeur comme un petit œuf, rouge, douloureuse, et présentant une fluctuation profonde; fièvre continue, avec exacerbations; les plus petites bougies sont arrêtées dans la région bulbeuse. Tentatives infructueuses de cathétérisme pendant deux jours.

(1) De l'uréthrotomie externe dans les rétrécissements uréthraux graves ou compliqués, par le Dr Eug. Bœckel, professeur agrégé à la Faculté de méd. de Strasbourg, in Gaz. méd. de Strasbourg, 1re série, 28e année, nº 17, p. 193, 1868.

N. B. Les observations qui suivent représentent la statistique intégrale des opérations d'uréthrotomie externe, pratiquées pour strictures de l'urèthre, par M. le prof. E. Bœckel, ainsi qu'il en fait foi dans une lettre, qu'il nous a adressée le 30 avril 1879.

Uréthrotomie externe sans conducteur, le 1er août 1864, sur bec de sonde en métal, poussée dans le canal jusqu'au rétrécissement; incision sur le raphé, depuis la naissance du scrotum jusque vers l'anus; on tombe dans un vaste abcès qui a disséqué la partie gauche du canal; ouverture de l'urèthre en avant du rétrécissement, et essais pour franchir la coarctation avec un petit stylet de trousse; l'étroitesse du passage et le sang qui coule en nappe des chairs enflammées et fongueuses empêchent la réussite. Incision alors sur la couche médiane et couche par couche des tissus de la partie postérieure de la plaie, dans la direction de la prostate, pour retrouver la portion membraneuse de l'urèthre derrière la stricture. Après un quart d'heure de recherches, et en s'aidant des doigts introduits dans le rectum pendant qu'un aide pressait sur l'hypogastre, Bœckel voit sourdre l'urine par un pertuis, à travers lequel une sonde cannelée glisse dans la vessie. L'opération est achevée, en fendant aussi bien que possible la partie rétrécie du canal d'arrière en avant. Sonde à demeure.

2 août. Pas de fièvre; les urines s'écoulent par le cathéter.

Le 4. La sonde est sortie pendant les efforts du malade; fièvre assez marquée; réintroduction de la sonde.

Le 6. Fièvre diminuée; sonde coule bien, mais cystite et ténesme vésical; urines mucoso-purulentes; la plaie se rétrécit, ses deux lèvres ont de la tendance à se mettre en contact.

Le 7. Enlèvement définitif de la sonde, sur la plainte continuelle du malade. Bain de seigle aromatique, matin et soir.

Le 9. Depuis que la sonde est retirée, le malade ne souffre plus. La fièvre a disparu; les urines coulent en partie par la plaie, en partie par le canal.

Le 15. La plaie est devenue très-petite; il n'y passe plus que très-peu d'urine. Le malade rentre chez lui.

Le 20. Passage sans difficultés d'une sonde de 7 millim. jusque dans la vessie. Il devra se sonder deux fois par jour.

Le 25. Il se présente de nouveau à la clinique. La plaie périnéale est totalement fermée. Une sonde de 8 millimètres passe sans difficultés.

« En 1868, je rencontre de nouveau ce malade, dit Bœckel, qui m'assure qu'il urine toujours facilement et qu'il ne fait plus usage de la sonde. »

Obs. LX. — *Guérison* Jean Rieffel, âgé de 39 ans, laboureur, d'une bonne constitution. Blennorrhagie antérieure; il y a trois mois, rétention d'urine à la suite d'un nouvel écoulement. Pendant quelque temps le malade vide lui-même sa vessie avec une sonde. Vers le milieu d août, il ne put plus uriner, et le 16 août 1864 admission à l'hôpital de Strasbourg, salle n° 3. A son entrée, vessie remontant distendue jusqu'à quatre travers de doigt de l'ombilic; incontinence par regorgement. Deux rétrécissements serrés, l'un au bulbe et l'autre un peu plus loin, infranchissable.

Tentatives infructueuses de dilatation jusqu'au 23 août. A ce moment, la vessie remonte jusqu'à l'ombilic; le malade a beaucoup maigri et a un teint jaunâtre; douleurs s'irradiant le long des flancs jusque dans les régions rénales.

Uréthrotomie interne le 25 août 1864.

D'abord, incision sur la ligne médiane, depuis les bourses jusque vers l'anus; puis ouverture du canal en avant du rétrécissement, sur l'extrémité d'une sonde. Hémorrhagie en jet provenant sans doute de l'artère bulbeuse. Comme l'artère ne peut être saisie avec une pince, on l'entoure d'une ligature médiate avec une petite aiguille courbe. Il subsiste cependant une hémorrhagie en nappe. Avec un stylet, le premier rétrécissement est traversé facilement et incisé, mais impossibilité de trouver le passage du second avec le bistouri. Tentatives pour le diviser dans son axe, et par des pressions sur l'abdomen on fait sourdre l'urine par la plaie. Après quelque temps de recherche, la pointe boutonnée du gorgeret uréthral de Bœckel file dans le réservoir urinaire. Rien n'est plus facile alors que de glisser une sonde dans le méat et de la diriger dans la vessie, sur la gorge de l'instrument. L'hémorrhagie en nappe persistant toujours, tamponnement de la plaie avec de la charpie disposée en queue de cerf-volant. Sonde à demeure.

26 août. L'hémorrhagie n'a pas continué.

Le 28. Changement de la sonde à demeure.

A partir de ce moment, la guérison marche sans aucun incident. Le malade garde la sonde jusqu'à la fin de septembre sans en souffrir; il quitte alors le service, n'ayant plus qu'une légère fistulette, et urinant à plein jet par le canal.

Obs. LXI. — *Mort.* Le 29 août 1865, on apporte à la clinique chirurgicale un homme de 62 ans, dans le dernier degré de ma-

asme, très-amaigri, la peau ridée et jaunâtre, ne répondant presuc pas aux questions. Le long du dos, il existait plusieurs plaies, uites de décubitus; distension de la vessie; cathétérisme absolulent impossible, même avec les plus fines bougies : on s'aperçoit lors que le périnée et le scrotum sont tuméfiés, rouges et chauds u toucher. Il existe sans aucun doute une infiltration d'urine dans ette région. En pressant le malade de questions, on finit par aprendre qu'il éprouve depuis vingt-cinq ans des difficultés dans la niction, à la suite de plusieurs blennorrhagies. Depuis plusieurs nois, il ne pisse plus que très-péniblement.

Un officier de santé a essayé de la sonde sans succès et, par une ıcurie incroyable, le malade est resté dans cet état sans recourir d'autres conseils. Il y a deux jours qu'il n'a pas uriné.

L'état général paraît tellement grave à Bœckel, qu'il hésite à en-'eprendre quoi que ce soit. Il prescrit de donner alternativement u quinquina et de bon bouillon.

Le 30 août. Même état; le pouls présente peut-être un peu plus e résistance, mais le scrotum a notablement augmenté de volume. est donc nécessaire de faire une incision extérieure et Bœckel se écide à en profiter pour chercher à fendre le rétrécissement et à onner issue à l'urine. Comme, cependant, l'état général défend ne opération prolongée, le chirurgien en limite d'avance la durée ı un bon quart d'heure, sauf à la laisser incomplète et à remédier la rétention d'une autre manière.

La première incision, le long du raphé périnéal, ouvre une collecon purulente. En y introduisant le doigt, on peut le recourber cirılairement autour du canal de l'urèthre et on reconnaît que le ılbe est complétement décollé de l'aponévrose moyenne. Ouverıre du canal en avant du rétrécissement qui est incisé sur le gor-'ret uréthral introduit par son orifice jusque dans la vessie. Cinq ı six incisions de 2 centimètres chacune sur le scrotum. Durée de opération entière : vingt minutes.

Dans les premiers jours, le malade se relève un peu; mais, bien t, sphacèle du tissu cellulaire des bourses, frissons. Mort le septembre, sept jours après l'opération.

Obs. LXII. — *Guérison.* Malade âgé de 39 ans, sommelier de n état; rétrécissement bulbeux de l'urèthre; pendant trois mois,

tentatives infruetueuses pour franehir la eoaretation, par Sédillot et Bœekel.

Uréthrotomie externe sans condueteur, par ce dernier, le 17 août 1861. Ineision du eanal en avant du rétréeissement; recherehes infruetueuses de l'ouverture; division plus profonde des tissus en arrière pour ouvrir la portion membraneuse ; scetion de l'artère bulbaire droite ; ligature du vaisseau ; l'introduetion du doigt dans le reetum et la pression sur l'hypogastre font sourdre un peu de liquide ; division de la eoaretation sur stylet d'Anel introduit dans l'orifice. Sonde à demeure.

Les premiers jours après l'opération, bon état, pas de fièvre.

20 août. La sonde à demeure s'éehappe ; pour la remettre, on est obligé d'éearter la plaie du périnée pour guider l'instrument vers le bout postérieur de l'urèthre. Hémorrhagie eonséeutive qui s'arrête d'elle-même.

Les 24 et 26. L'hémorrhagie se reproduit sans qu'on ait touehé à la sonde, et elle néeessite le tamponnement de la plaie avee du perehlorure.

Le 30. Remplaeement de la sonde à demeure qui est altérée, et à la fin de septembre on peut la supprimer et, le 20 oetobre, le malade sort entièrement guéri.

En novembre 1865, le malade est revu ; pendant trois ans, la miction s'était opérée faeilement, mais depuis un an, il y a réeidive de la strieture qui est traitée par M. Rigaud avee le dilatateur parallèle. Depuis, le malade a eu soin de se sonder régulièrement.

Obs. LXIII. — *Guérison.* G..., âgé de 54 ans, employé dans une administration, a passé par plusieurs blennorrhagies ; depuis einq ans, le jet de l'urine a eommeneé à diminuer; abeès au périnée suivis de fistules ; fausses routes.

En juin 1867, le malade n'urine que goutte à goutte par le méat, en faisant de violents efforts qui ehassent la plus grande partie du liquide par les fistules ; vessie distendue ehroniquement ; urines purulentes ; deux rétréeissements, l'un à la naissanee du serotum, l'autre dans la région membraneuse infranehissable aux bougies. Ineision interne du premier sans accident, mais impossibilité d'arriver dans la vessie à cause des fausses routes intermédiaires aux deux strietures.

Uréthrotomie externe sans eonducteur le 11 juillet 1867. Ineision

du canal en avant du second rétrécissement, dans l'ouverture duquel Bœckel introduit son gorgeret uréthral qui lui sert à rompre la coarctation. Légère hémorrhagie en nappe qui nécessite tamponnement de quelques heures avec eau de Pagliari. Sonde à demeure.

Frisson trois heures après l'opération, suivi de chaleur et de sueur; la sonde à demeure est retirée définitivement le 22 juillet; elle faisait suppurer abondamment le canal; la plaie périnéale est fermée dans la profondeur; cathétérisme quotidien avec sonde métallique.

A la fin de juillet, c'est-à-dire en trois semaines, le malade est totalement guéri de son opération; il ne lui reste plus qu'un peu de catarrhe vésical.

Obs. LXIV. — *Guérison.* D..., âgé de 50 ans environ, mécanicien, vu pour la première fois en octobre 1859; tumeur urineuse grosse comme un œuf de poule à la racine de la verge dans les bourses; sa pression fait suinter du pus par le canal; l'urine ne s'écoule que goutte à goutte, et le premier cathétérisme indique un premier rétrécissement juste en avant du scrotum; un autre plus étroit, situé dans la partie membraneuse, n'admet qu'une bougie fine.

29 octobre. Incision de l'abcès qui laisse suinter l'urine par la plaie; huit jours plus tard, incision largement faite des deux strictures avec l'uréthrotome interne de Sédillot.

Dans le courant de l'hiver, le jet de l'urine commence à diminuer; dans l'été de 1860, il se forme au périnée, immédiatement derrière les bourses, une nouvelle tumeur urineuse dure.

Uréthrotomie externe sur bougie conductrice introduite dans la vessie le 12 novembre 1860.

Sonde à demeure; guérison sans accident; les sondes furent changées régulièrement tous les cinq ou six jours et, le 10 décembre, la plaie était fermée et D... reprenait son travail.

Le malade, revu en 1867, était en état de récidive complète.

Obs. LXV. — *Guérison.* Alexandre J..., âgé de 44 ans. Rétrécissement blennorrhagique très-ancien pour lequel il a été, il y a ans, à l'hôpital de Bordeaux; scrotum traversé par cinq ou six trajets fistuleux, tous situés du côté gauche, formant une tumeur

très-dure, de consistance ligneuse, ayant à peu près le volume d'une tête de fœtus; l'urine s'écoule presque en totalité par ces ouvertures; le fourreau de la verge et le prépuce sont également indurés et infiltrés et forment un phimosis.

Uréthrotomie externe, sans conducteur, le 25 avril 1866. Le scrotum est fendu sur la ligne médiane, et la partie antérieure du canal est ouverte sur le bec d'une sonde poussée jusqu'au rétrécissement; difficultés opératoires considérables à cause de l'oblitération complète du tissu spongieux de l'urèthre ; incision exacte sur la ligne médiane, les deux ischions servant de points de repère. Quand Bœckel juge qu'il est arrivé sur la portion membraneuse, il dépose le bistouri et explore doucement la plaie avec son gorgeret uréthral, bientôt il glisse dans une cavité, et l'urine qui s'échappe le long de sa cannelure indique que c'est la vessie. Toute la partie du canal correspondante au scrotum paraît oblitérée par du tissu inodulaire; sonde à demeure à travers les parties restantes de l'urèthre.

Après avoir passé une période de réaction assez vive, le calme se rétablit ; la plaie se dégorge et se ferme rapidement sans aucune hémorrhagie consécutive (pendant l'opération, une grosse branche artérielle que Bœckel supposa être la bulbeuse ou la terminaison de la honteuse avait été lésée). Vers le milieu de mai, la plaie est réduite à quelques fistules.

Celles-ci se ferment et se rouvrent alternativement pendant près d'un an. Il est vrai que le malade, loin de désirer une guérison totale, cherche plutût à entretenir cet état intermédiaire, de peur d'être renvoyé à la maison centrale où il était primitivement enfermé. On l'évacue seulement en novembre 1867; les fistules sont fermées, le scrotum revenu au volume ordinaire et même à la consistance normale ; mais le canal de nouvelle formation a une grande tendance à se contracter, et sitôt qu'on interrompt un jour seulement l'introduction de la sonde n° 20, il faut recommencer le lendemain avec des bougies coniques assez fines.

Obs. LXVI. — *Guérison.* M..., né à Colmar, homme vigoureux, d'une quarantaine d'années, dit avoir reçu il y a vingt ans un coup de pied au périnée, suivi d'hématurie. Depuis ce moment il a toujours éprouvé des difficultés d'uriner et à différentes reprises il lui est survenu des abcès au périnée, dont l'un est resté fistuleux.

En novembre 1860, tentative d'uréthrotomie interne avec instrument de Sedillot ; la sonde conductrice se détache et reste dans la profondeur. Bœckel et Schützenberger appelés en consultation décident l'uréthrotomie externe, qui est pratiquée le 22 décembre 1860. Ouverture du canal en avant de l'obstacle ; la stricture est divisée sur bougie en gomme introduite par la plaie à travers le rétrécissement qui crie sous le tranchant du bistouri et paraît situé à l'entrée même de la prostate. Immédiatement le doigt peut pénétrer dans la vessie et reconnaît la bougie perdue qui est retirée.

Une sonde à demeure fut fixée dans la vessie et le malade guérit en peu de temps. D'après les nouvelles qu'il a données deux ans plus tard, la guérison se maintient bien.

Obs. LXVII. — *Guérison.* D..., tailleur, âgé de 50 ans environ ; traité d'un rétrécissement uréthral, il y a dix ans, au moyen de la dilatation instantanée ; il resta guéri jusqu'en 1861, où la coarctation reparut et fut attaquée par l'uréthrotomie interne. Après cette opération, on pouvait introduire de fortes sondes dans la vessie, mais il resta néanmoins des difficultés dans la miction.

En janvier 1862, le malade consulte Bœckel en se plaignant de tous les symptômes rationnels d'un calcul ; urine infecte laissant déposer pus visqueux. Une sonde métallique de 5 millimètres est d'abord arrêtée dans la région bulbeuse par rétrécissement dur et fibreux ; derrière se trouve le calcul. Dilatation préalable du rétrécissement et essais de lithotritie ; les tentatives d'exploration nécessaires entraînent de fréquents accès de fièvre.

Uréthrotomie externe sans conducteur le 19 fevrier 1862 ; incision du rétrécissement et extraction du calcul brisé en deux morceaux. Sonde à demeure. La guérison de la plaie se fait regulièrement, mais elle est traversée fréquemment par des accès de fièvre et des douleurs néphrétiques ; l'urine reste purulente malgré les injections.

Cinq mois après la guérison de l'opération, le malade mourut de néphrite calculeuse.

A l'autopsie, on constate au niveau de la section dans le canal une cicatrice lisse, ardoisée, à peine visible. La muqueuse y est simplement un peu moins extensible que dans les parties saines.

Statistique de John Hill, chirurgien du Royal Free Hospital (1).

Obs. LXVIII. — *Guérison*. Edward L..., âgé de 56 ans ; rétrécissement d'une étendue de 1 pouce 1/4 siégeant dans la portion spongio-membraneuse ; entré à l'hôpital le 1er octobre 1869 ; dix ans auparavant, uréthrotomie externe de Syme pratiquée par M. Erichsen.

Le 9 octobre, on introduit un cathéter de Syme n° 1/2, et l'uréthrotomie externe est faite par G. Hill ; l'opéré sort guéri le 5 novembre 1869.

Obs. LXIX. — *Guérison*. Thomas B..., âgé de 48 ans ; rétrécissement d'une étendue de 1 pouce dans la région spongio-membraneuse ; entré le 25 juin 1869 ; déjà uréthrotomisé par Syme il y a huit ans ; nouvelle uréthrotomie externe sans conducteur le 3 juillet ; sort guéri complétement le 11 août.

Obs. LXX. — *Guérison*. Edward S..., âgé de 40 ans ; rétrécissement de la portion spongio-membraneuse ; entré le 17 avril 1869 ; uréthrotomie externe sur conducteur le 20 avril ; sort complétement guéri le 24 mai 1869.

Obs. LXXI. — *Guérison*. Robert A..., âgé de 43 ans ; rétrécissement d'une étendue de 1 pouce 1/2 ; entré le 12 janvier 1869 ; uréthrotomie externe sur conducteur le 19 janvier ; sorti complétement guéri le 31 mars 1869.

Obs. LXXII. — *Guérison*. James T..., âgé de 45 ans ; rétrécissement de 1 pouce 1/4 dans la région spongio-membraneuse ; entré le 17 décembre 1868 ; uréthrotomie externe sur conducteur n° 1/2 le 4 janvier 1869 ; sorti complétement guéri le 23 février.

(1) John Hill. An analysis of 140 cases of organic strict. of the urethra. London, 1871.

N. B. Sur les 20 cas de strictures traités par la section périnéale qui constituent la statistique de John Hill, 9 étaient le résultat d'une lésion extérieure. Contusion du périnée ou chute à califourchon ; 6 étaient dus à des abcès consécutifs à la blennorrhagie, et 5 étaient produits par des attaques graves de cette maladie accompagnée de goutte militaire prolongée.

Obs. LXXIII. — *Guérison.* Joseph S..., âgé de 43 ans ; rétrécissement de 1 pouce dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 18 novembre 1868 ; uréthrotomie externe sans conducteur le 20 novembre ; sorti complétement guéri le 23 décembre 1868.

Obs. LXXIV. — *Guérison.* James A..., âgé de 46 ans ; rétrécissement de 1 pouce d'étendue dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 19 février 1868 ; uréthrotomie externe sans conducteur le 22 février ; sorti complétement guéri le 1er avril 1868.

Obs. LXXV. — *Guérison.* Thomas D..., âgé de 35 ans ; rétrécissement de 1 pouce 1/4 d'étendue dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 14 juillet 1869 ; uréthrotomie externe sans conducteur le 17 juillet ; la plaie bourgeonne bien, mais en laissant une petite fistule qui guérit par l'avivement ; sortie du malade guéri le 8 décembre 1869.

Obs. LXXVI. — *Guérison.* Denis C..., âgé de 55 ans ; rétrécissement de 1 pouce 1/2 d'étendue dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 23 décembre 1867 ; uréthrotomie externe sans conducteur ; la plaie guérit par bourgeonnement et le malade sort guéri le 28 janvier 1867.

Obs. LXXVII. — *Guérison.* Joseph S..., âgé de 45 ans ; rétrécissement de 1 pouce d'étendue dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 10 juillet 1867 ; uréthrotomie externe sur conducteur n° 1/2 le 12 juillet ; sorti complétement guéri le 21 août 1867.

Obs. LXXVIII. — *Guérison.* John E..., âgé de 55 ans ; rétrécissement de 1 pouce 1/4 d'étendue dans la région spongio-membraneuse ; entré le 22 juillet 1865 ; uréthrotomie externe sans conducteur le 24 juillet ; sorti complétement guéri le 29 août 1867.

Obs. LXXIX. — *Guérison.* Thomas P..., âgé de 46 ans ; rétrécissement de 1 pouce d'étendue dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 16 janvier 1867 ; uréthrotomie externe sans conducteur le 26 janvier ; sorti complétement guéri le 3 mars 1867.

Obs. LXXX. — *Guérison.* Henry S..., âgé de 40 ans ; rétrécissement d'un pouce d'étendue dans la région spongio-membraneuse ; entré le 27 décembre 1866 ; uréthrotomie externe sans conducteur le 29 décembre ; sorti complétement guéri le 2 février 1867.

Obs. LXXXI. — *Guérison.* Arthur H..., âgé de 30 ans ; rétrécissement d'une étendue d'un pouce 1[2 dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 23 septembre 1861 ; uréthrotomie externe sur conducteur n° 1/2 le 27 septembre ; sorti guéri le 20 octobre 1866.

Obs. LXXXII. — *Guérison.* D. Mc G..., âgé de 45 ans ; rétrécissement d'un pouce d'étendue dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 15 juin 1866 ; uréthrotomie externe sans conducteur le 18 juin ; sorti guéri le 27 juillet 1866.

Obs. LXXXIII.—*Guérison.* James W..., âgé de 43 ans ; rétrécissement d'un pouce d'étendue dans la région spongio-membraneuse; entré le 6 mai 1866 ; uréthromie externe sans conducteur le 10 mai ; sorti guéri le 14 juin 1866.

Obs. LXXXIV.—*Guérison.* Benjamin S..., âgé de 44 ans ; rétrécissement d'un pouce dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 14 décembre 1866 ; uréthrotomie externe sur conducteur n° 1 le 17 décembre ; sorti guéri le 27 janvier 1867.

Obs. LXXXV. — *Guérison.* John V..., âgé de 35 ans ; rétrécissement d'un pouce dans la région spongio-membraneuse ; entré le 27 juin 1866 ; uréthrotomie externe sur conducteur n° 1 le 2 juillet ; sorti guéri le 31 août 1866.

Obs. LXXXVI. — *Guérison.* Samuel R..., âgé de 55 ans ; rétrécisssement d'un pouce 1/4 siégeant dans la portion spongio-membraneuse ; entré le 4 octobre 1870 ; uréthrotomie externe sur conducteur n° 1 le 8 octobre ; la plaie se ferme par bourgeonnement excepté à ses extrémités, où il se forme des fistules qui se ferment cependant après quelques cautérisations ; sorti guéri le 13 décembre 1870.

Obs. LXXXVII. — *Guérison.* John C..., âgé de 39 ans, rétrécissement d'un pouce d'étendue dans la portion spongio-membraneuse de l'urèthre ; entré le 5 septembre 1870 ; uréthrotomie externe sur conducteur n° 1 le 6 septembre ; sorti guéri le 4 décembre 1870.

N. B. — Tous ces malades à leur sortie de l'hôpital passaient les cathéters n° 11 ou 12.

Statistique de Félix Bron, chirurgien de Lyon (1).

Obs. LXXXVIII. — *Guérison.* L..., âgé de 69 ans ; rétrécissement et rétention d'urine ; uréthrotomie externe sans conducteur le 10 mars 1856 ; sonde à demeure pendant trente-six jours ; accès de fièvre grave ; délire ; guérison complète le cinquante-huitième jour.

Obs. LXXXIX. — *Guérison.* D..., âgé de 40 ans ; rétrécissement ; rétention d'urine, abcès urineux ; uréthrotomie externe sans conducteur le 1er octobre 1856 ; sonde à demeure pendant huit jours ; accès de fièvre, délire, cystite ; guérison complète constatée onze ans après.

Obs. XC. — *Guérison.* J..., âgé de 68 ans ; déchirure uréthrale ; rétention urinaire ; uréthrotomie externe sans conducteur le 3 juin 1858 ; sonde à demeure pendant huit jours ; infection putride ; accès de fièvre ; abcès ; gérison définitive le quatre-vingt-dix-septième jour, la guérison fut retardée par une série d'opérations motivées par le traumatisme qui avait amené le rétrécissement ; elle fut constatée huit ans après.

Obs. XCI. — *Guérison.* D..., âgé de 61 ans ; rétrécissement et abcès urineux ; uréthrotomie externe sans conducteur le 17 février 1858 ; sonde à demeure pendant cinq jours ; guérison sans accidents ; l'urine reprend son cours par le canal le seizième jour. Huit ans après elle se maintient.

Obs. XCII. — *Guérison.* D.. , sexagénaire ; rétrécissement et abcès urineux ; uréthrotomie externe le 15 juin 1862 sans

(1) *Lyon-médical.*

conducteur ; pas de sonde à demeure après l'opération ; pas d'accidents ; guérison complète.

Obs. XCIII. — *Guérison*. O..., quinquagénaire, atteint de rétrécissement et d'abcès urineux ; uréthrotomie externe sans conducteur le 7 juillei 1862 ; pas de sonde à demeure après l'opération, pas d'accidents ; guérison ; elle se maintenait quatre ans après.

Obs. XCIV. – *Guérison*. B..., sexagénaire ; rétrécissement traumatique, abcès urineux, rétention d'urine ; uréthrotomie externe sans conducteur le 21 décembre 1866 ; sonde à demeure pendant quelques minutes ; pas d'accidents ; le neuvième jour rétablissement du cours des urines ; guérison complète le quarante-neuvième jour.

Obs. XCV. — *Guérison*. M..., âgé de 69 ans ; rétrécissement et rétention d'urine ; uréthrotomie externe avec conducteur le 10 mars 1857 ; sonde à demeure pendant trente-sept jours ; accès de fièvre pernicieux ; délire ; guérison complète le cinquante-huitième jour.

Obs. XCVI. — *Guérison*. D..., âgé de 55 ans ; rétrécissement, abcès urineux, fistule ; uréthrotomie externe avec conducteur le 16 octobre 1853 ; sonde à demeure pendant soixante-quinze jours ; épidydimite ; accès de fièvre ; guérison complète le quatrième mois.

Obs. XCVII. — *Guérison*. A..., âgé de 47 ans ; rétrécissement, rétention d'urine ; uréthrotomie externe avec conducteur le 22 octobre 1860 ; sonde à demeure pendant quelques minutes ; pas d'accidents ; rétablissement du cours de l'urine le quatorzième jour ; guérison complète le vingtième jour.

Obs. XCVIII. — *Guérison*. M..., âgé de 21 ans ; rétrécissement avec fistules ; uréthrotomie externe avec conducteur le 10 juin 1861 ; sonde à demeure pendant quelques minutes ; à la suite de l'opération, il se déclare un abcès tuberculeux du testicule ; guérison. Un an après elle se maintenait.

Obs. XCIX. — *Guérison.* M..., âgé de 38 ans; rétrécissement et rétention d'urine ; uréthrotomie externe avec conducteur le 3 août 1861 ; sonde à demeure pendant vingt-six jours jusqu'à guérison complète ; revu un an après, la guérison se maintenait.

Obs. C. — *Guérison.* T..., sexagénaire ; rétrécissement, rétention d'urine, abcès urinaire, trajet fistuleux ; uréthrotomie externe le 1er mai 1861 avec conducteur ; pas de sonde à demeure ; cathétérisme pendant quelques minutes ; la guérison se maintenait huit ans après.

Obs. CI. — *Guérison.* R..., âgé de 42 ans; rétrécissement et rétention urinaire; uréthrotomie externe avec conducteur le 22 juillet 1862; sonde à demeure pendant trois jours ; cystite, délire, accès fébrile ; rétablissement du cours des urines le septième jour; guérison complète le quatorzième jour; elle se maintenait cinq ans après.

Obs. CII. — *Guérison.* J..., âgé de 45 ans ; rétrécissement, rétention d'urine ; fausse route ; uréthrotomie externe avec conducteur le 18 avril 1862 : pas de sonde à demeure; cathétérisme momentané; pas d'accidents consécutifs ; rétablissement du cours des urines le quinzième jour ; guérison complète le trente-quatrième; la guérison se maintenait dix ans après.

Obs. CIII. — *Guérison.* B..., âgé de 46 ans; rétrécissement, rétention d'urine; uréthrotomie externe avec conducteur le 6 mars 1864 ; pas de sonde à demeure ; pas d'accidents consécutifs; cathétérisme momentané; rétablissement du cours des urines le dixième jour; guérison complète le vingtième jour ; revu deux ans après, la guérison se maintenait.

Obs. CIV. — *Guérison.* G..., âgé de 30 ans ; rétrécissement et fistule urinaire, abcès urineux; uréthrotomie externe avec conducteur le 31 octobre 1867 ; pas de sonde à demeure; rétablissement du cours des urines treize jours après l'opération ; guérison complète au bout de huit mois; dans ce cas la cicatrisation fut retardée par la diathèse syphilitique de l'opéré ; la guérison se maintenait cinq ans après.

Obs. CV. — *Guérison.* B..., âgé de 40 ans; rétrécissement et rétention d'urine; uréthrotomie externe avec conducteur le 15 juillet 1868; pas de sonde à demeure; pas d'accidents consécutifs; rétablissement du cours des urines le 23e jour; guérison complète le 79e; elle se maintenait quatre ans après.

Obs. CVI. — *Guérison.* G..., âgé de 21 ans; rétrécissement et rétention urinaire; uréthrotomie externe avec conducteur le 10 mars 1868; pas de sonde à demeure; cystite passagère consécutive au cathétérisme momentané; guérison complète le 35e jour; elle se maintenait quatre ans après.

Obs. CVII. — *Guérison.* M..., âgé de 50 ans; rétrécissement avec infiltration d'urine; uréthrotomie externe avec conducteur le 26 février 1869; pas de sonde à demeure; pas d'accidents consécutifs; rétablissement du cours des urines le 14e jour; guérison complète le 24e; elle se maintient quatre ans après.

Obs. CVIII. — *Guérison.* G..., âgé de 41 ans; rétrécissement et abcès urineux; uréthrotomie externe avec conducteur le 23 février 1869; pas de sonde à demeure; pas d'accidents consécutifs; rétablissement du cours des urines le 19e jour; guérison complète le 24e; elle se maintenait quatre ans après.

Obs. CIX. — *Guérison.* D..., quinquagénaire; rétrécissement et fistules urinaires; uréthrotomie externe avec conducteur en septembre 1871; pas de sonde à demeure; pas d'accidents consécutifs; guérison; revu un an après.

Obs. CX. — *Guérison.* M..., âgé de 32 ans; rétrécissement difficilement franchissable; uréthrotomie externe avec conducteur le 20 juillet 1871; pas de sonde à demeure; pas d'accidents consécutifs; rétablissement du cours des urines la 3e semaine; guérison.

Obs. CXI. — *Guérison.* S..., âgé de 45 ans; rétrécissement et abcès urineux; uréthrotomie externe avec conducteur le 18 avril 1872; pas de sonde à demeure, pas d'accidents consécutifs; guérison le 60e jour.

Statistique d'Arturo Menzel, chirurgien en chef de l'hôpital de Trieste (1).

Obs. CXII. — *Mort.* Ballarin Giovanni, âgé de 67 ans, entre avec n gonflement énorme du scrotum et des fistules urinaires, imposibilité de pisser. Un rétrécissement à l'orifice externe par ulcéation progressive est incisé ; l'autre à la portion bulbeuse est absoument infranchissable et réclame l'uréthrotomie externe qui est ratiquée le 21 octobre 1873 ; incision de plusieurs abcès du scroum. Mort huit jours après.

L'autopsie démontre seulement de l'œdème pulmonaire.

Obs. CXIII. — *Mort.* Cisek Giuseppe, âgé de 57 ans, sellier, a eu y a huit ans déjà une uréthrite et, depuis quatre ans, urine diffiilement. Tout le scrotum et le périnée et même la paroi antéeure du scrotum sont durs et infiltrés. Nombreuses fistules au crotum, au périnée et une au scrotum.

Uréthrotomie externe le 9 juillet 1873. Le sujet, dans un état e cachexie avancée, meurt un mois après l'opération.

Autopsie. Parois de la vessie épaissies et rigides avéc diverticum de la muqueuse; à l'intérieur de la cavité vésicale, un calcul e la grosseur d'une noix. Rein gauche ratatiné, le droit l'est oins. Calices, bassinets et uretères dilatés. Dans les organes inrnes, rien d'anormal; amaigrissement avancé.

Obs. CXIV. — *Mort.* Sig. C..., âgé de 50 ans, urine difficilement epuis plusieurs années. Gonflement du périnée et du scrotum avec laques de sphacèle.

Uréthrotomie externe. On ouvre presque tout le scrotum jusqu'au anal inguinal pour donner issue au pus. Ecoulement favorable endant quinze jours ; ensuite frissons et tous les symptômes de la rhémie. Le malade meurt 20 jours après l'opération.

(1) Resoconto sanitario dell' ospitale civico di Trieste per l'anno 74 ; redatto dal Dr G. Brettauer. II Annata. Trieste, 1876, p. 127. Cette statistique comprend la pratique de Menzel pendant les cinq erniers mois de l'année 1872 et pendant toute l'année 1873.

Obs. CXV. — *Guérison.* Carniel (Antoine), de Trieste, âgé de 13 ans, en marchant sur des planches tombe à califourchon sur l'extrémité de l'une d'elle. Aussitôt hémorrhagie par l'urèthre; huit heures après, urine mêlée de sang. Le jour après, l'urine est claire. Gonflement du périnée et douleur. Infiltration urineuse ayant pour conséquence la mortification du périnée, du scrotum et de l'abdomen jusque vers l'ombilic. Lorsque je le vis pour la première fois (1er août 1872), la plaie de l'abdomen était en voie de cicatrisation ; le dos du pénis adhérent à l'abdomen. Le scrotum fait défaut et les testicules sont portés par la cicatrice vers la racine du pénis. Au périnée, une fistule par laquelle sort la plus grande partie de l'urine; quelques gouttes seulement sortent par le méat. Il est impossible d'introduire une sonde quelconque dans la vessie, et cela à cause du rétrécissement et aussi à cause de l'immobilité absolue du pénis adhérent à l'abdomen.

Le 9 août 1873, uréthrotomie externe. Dès le 22 août on peut introduire la sonde, et le 7 septembre le malade sort guéri. J'ai eu occasion de voir l'enfant deux ans après et de constater la réalité de la guérison.

N.B. — Arturo Menzel fait précéder l'observation de ces opérés des paroles suivantes :

« Il faut noter que les trois opérations suivies de mort ont été faites dans un stade avancé de la maladie et pour le dire sur des sujets moribonds. Les numéros 1 et 3 avaient déjà une infiltration urineuse très-avancée. Je crois que l'opération a prolongé la vie des trois sujets, mais je n'ai pu les sauver. » (*Loc. cit.*, p. 127.)

Statistique de Sédillot, de Strasbourg (1).

Obs. CXVI. — *Guérison.* B..., capitaine dans un régiment de ligne, souffrait depuis vingt ans d'un rétrécissement. Depuis six mois, il n'urinait plus que par des pressions manuelles répétées sur le périnée d'arrière en avant, pour chasser l'urine goutte à goutte au travers de la coarctation du canal. La vessie et les reins étaient enflammés, les urines fétides et purulentes; toutes les tentatives de cathétérisme et de cautérisation avaient échoué.

(1) Gazette méd. de Strasbourg, 1852, n° 11, p. 378.

L'uréthrotomie, pratiquée le 11 juillet 1851, permit au malade le quitter Strasbourg au mois de septembre suivant, et le capitaine B... a repris son service au régiment où il jouit aujourd'hui d'une parfaite santé.

Obs. CXVII. — *Guérison.* M. X..., venu de Suisse, portait son rétrécissement depuis quinze jours. Des fistules périnéales s'étaient etablies, et les tentatives de cathétérisme étaient restées infructueuses. Le malade étant parvenu à s'introduire une fine bougie, l'uréthrotomie fut pratiquée le 22 juillet 1851. Les suites en furent heureuses. Une incision semi-lunaire autour de la fistule en facilita la cicatrisation et le malade retournait dans son pays le 9 septembre. Guérison parfaite.

Obs. CXVII. — *Guérison.* Le troisième opéré était tombé sur le périnée et s'était rompu l'urèthre ; rétention d'urine ; ponction périnéale ; séjour à demeure de la canule du trocart pendant dix-sept semaines ; formation d'un calcul dans la vessie, oblitération de la canule ; fistule urinaire périnéale, urèthre infranchissable.

L'uréthrotomie est pratiquée le 7 janvier 1852 ; le calcul est extrait par la taille latéralisée le 3 février et le malade, complétement guéri, retourne à Mulhouse le 13 mars.

Obs. CXIX. — *Guérison.* Homme atteint depuis quinze mois d'un rétrécissement de l'urèthre avec cystite, néphrite, urines purulentes et fétides, émanation, danger imminent, tentatives de dilatation et de cautérisation infructueuses, cystite aiguë, angioleucite de la verge, les ganglions de l'aine droite s'enflamment et suppurent ; rétention d'urine qui nécessite deux ponctions hypogastriques.

Uréthrotomie le 9 août 1852 ; guérison le 8 septembre, époque où le malade quitte Strasbourg pour retourner dans sa famille où sa santé s'est complétement rétablie.

Statistique de Ernst Kuster, chirurgien en chef de l'hôpital Augusta (1), de Berlin.

Obs. CXX. — *Guérison*. Karl Barleben, âgé de 47 ans, entrepreneur; rétrécissement blennorrhagique datant de dix-sept ans; depuis un an, grande difficulté de la miction ; la plus petite bougie ne peut passer.

Uréthrotomie externe; guérison; cathétérisme quotidien avec sonde en étain; résultat ultérieur inconnu.

Obs. CXXI. — *Guérison*. Johann V..., âgé de 50 ans, lieutenant de police; rétrécissement blennorrhagique; rétention d'urine; infiltration du périnée.

Uréthrotomie externe; une partie du canal était détruit par la gangrène; infiltration du scrotum et du creux ischio-rectal qui sont incisés; les jours suivants, l'infiltration gagne la paroi abdominale antérieure et les lombes jusqu'au creux axillaire et rend nécessaires de nombreuses incisions; gangrène du tissu cellulaire sous-cutané; eschares sur différents points du corps; réunion complète des plaies; il ne reste plus qu'un trajet fistuleux conduisant dans le creux ischio-rectal; guérison complète en six mois.

(1) Funf. Jahre im Augusta-hospital, von Dr Ernst Kuster, Berlin, 1877, pp. 186-187.

STATISTIQUE COMPOSÉE DE FAITS ISOLÉS

A — *Uréthrotomie externe sans conducteur.*

1. James Jervey, de Charleston (1840). Johann, mulâtre, de 60 ans ; rétrécissement survenu à l'âge de 25 ans ; rétention d'urine ; impossibilité d'introduire le cathéter ; uréthrotomie externe sans conducteur en août 1835 ; le couteau du chirurgien tombe sur une fausse route ; l'opéré voyant couler quelques gouttes d'urine, après un violent effort, refuse de laisser achever l'opération.

En août 1840, deux ans après, nouvelle ischurie ; rétention d'urine depuis vingt-quatre heures ; ponction de la vessie ; gangrène des parties. Le 20 août, nouvelle uréthrotomie externe sans conducteur ; sonde à demeure jusqu'au dix-septième jour ; à ce moment, il est retiré, puis passé tous les jours suivant les besoins. Entre la troisième et la quatrième semaine, guérison complète ; l'urine passe à plein jet par le canal (*American journ. of the med. sc.*, new series, vol. X, 1845, p. 526).

2. Ricord (1855). Malade affecté de rétrécissement infranchissable ; traité autrefois par excision ; rétention d'urine complète ; menace de rupture de la vessie ; fausse route pénétrant dans le scrotum ; ponction préalable de la vessie ; cystite consécutive à l'emploi de la canule. Uréthrotomie externe sans conducteur ; difficultés opératoires considérables ; dégâts horribles entraînés par l'opération ; suites des plus innocentes ; pas de fièvre, sonde à demeure ; cessation subite des accidents de rétention et d'inflammation vésicale ; le malade se lève le septième jour ; hémorrhagie à ce moment, aisément maîtrisée par tamponnement et glace ; aujourd'hui, vingtième jour après l'opération, tout est dégorgé et tend à se cicatriser ; une bougie de 8 millim. traverse l'urèthre ; l'état général est parfait. (*Bull. Soc. de chir.* Paris, t. VI, 1855, p. 117.)

3. George Norman (1859). Homme atteint de rétrécissement grave datant de plusieurs années; rétentions d'urines répétées; impossibilité de passer un cathéter; uréthrotomie externe sans conducteur; pas de difficultés opératoires; sonde à demeure jusqu'à guérison complète (*British med. journ*, 1859, p. 449).

4. Cutler (1859). Marin, atteint de rétrécissement résistant et infranchissable aux bougies; chaque tentative suivie de frissons violents; une fois avant son entrée à l'hôpital, un cathéter n° 3 avait été passé, mais tout nouvel essai échoue. Uréthrotomie externe sans conducteur; pas de difficultés opératoires; mort de pyhémie (*British med. journ.*, 1859, p. 1014).

5. Foucher (1860). Watelier, charron, âgé de 52 ans, traité avec succès par l'uréthrotomie externe faite sur sonde cannelée introduite jusqu'au rétrécissement (*Union méd.*, 27 déc. 1860, p. 644 et suiv.).

6. Ashurst (1866). Edwards Langley, 30 ans; rétrécissement traumatique datant de trois ans, fistule urinaire périnéale; entrée à l'hôpital Episcopale le 19 mars 1866; uréthrotomie externe sans conducteur; le 23 avril, la plaie est presque entièrement cicatrisée et le malade peut pisser à plein jet *per vias naturales*. (*American journ. of the med. sc.*, juillet 1866, p. 66.)

7. Letenneur, de Nantes (1865). Homme de 42 ans; rétrécissement traumatique de l'urèthre; fistules urinaires; cicatrices vicieuses; déviation et adhérences de la verge; oblitération du canal dans une étendue de 3 centim.; uréthrotomie externe sans conducteur le 15 décembre 1864; opération simple; sortie de l'opéré le 15 mai 1865 (*Journ. de méd. de l'Ouest*, avril 1867).

8. Massey (1862). Homme de 46 ans; rétrécissement blennorrhagique; uréthrotomie externe sans conducteur; guérison (*The Lancet*, vol. II, 1862, p. 530).

9. Boissarie (1867). Rétrécissement infranchissable de l'urèthre; fistules urinaires multiples; uréthrotomie externe sans con-

ducteur le 2 février 1867; guérison de l'opération; mort de phlébite provoquée par veine variqueuse de la jambe gauche (*Gaz. des hôp.*, 6 fév. 1869, p. 58).

10. Fleury, de Clermont-Ferrand (1870). G..., soldat de 30 ans; rétrécissement traumatique (coup de feu), fistules urinaires, pelvienne et fémorale; uréthrotomie externe sans conducteur, le 3 mai 1870; guérison (*Gaz. des hôp.*, 6 avril 1871, p. 161).

11. Dron, de Lyon (1870). Boulanger de 38 ans; rétrécissement traumatique; quatre fistules urinaires; orchite tuberculeuse suppurée; dilatation impossible, la stricture ne pouvant être franchie. Uréthrotomie sans conducteur le 31 mars 1870. Le malade quitte l'Antiquaille le 21 mai 1870, passant sonde de 7 millim. Il rentre à l'Antiquaille le 3 juin 1871; la diathèse tuberculeuse a marché, il est dans le marasme et meurt le 6 août 1873.

La vessie et le canal ayant été détachés, une bougie à boule de 7 millim. y fut introduite par le méat; elle traversait facilement la région membraneuse, siége du rétrécissement. Le canal fut ouvert sur la partie supérieure, et l'on vit sur la paroi inférieure de la région membraneuse une cicatrice de forme ovalaire allongée, de 1 centim. 1/2 de long sur 4 millim. de large, légèrement déprimée, sans bosselure ni irrégularité et parfaitement souple (*Lyon médical*, 5ᵉ année, 1873, p. 370).

12. Baroni (1872). Officier de gendarmerie, atteint de rétrécissement organique de l'urèthre rebelle à toute espèce de traitement; scrotum, fesses, périnée et hypogastre horriblement tuméfiés et envahis de fistules urinaires.

Uréthrotomie externe sans conducteur; la longueur du rétrécissement est telle qu'on ne peut le parcourir et l'inciser sans intéresser en même temps une partie du scrotum; Baroni se décide alors à le partager longitudinalement en deux parties, mettant aussi l'urèthre à découvert dans toute sa portion oblitérée. Dégorgement rapide des parties tuméfiées. Dès que la cicatrisation eut commencé à diminuer l'étendue de la plaie, on y plaça une sonde à demeure et l'on rapprocha autant que possible les deux moitiés du scrotum; ces dernières se réunirent par un gros cordon cicatriciel, et il resta un orifice fistuleux par lequel s'écoulaient les

urines. Le malade se trouva tellement bien de l'opération qu'il refusa l'uréthroplastie. (Rizzoli, *Clinique chirurgicale*, trad. franç. Paris, 1872, p. 372.)

13. Rizzoli (1872). Dr Wiglianghi, atteint depuis quarante ans d'un rétrécissement uréthral ; rétention urinaire.

Uréthrotomie externe sans conducteur; incision du canal en avant de la stricture maintenue entre les doigts ; division de la coarctation dans toute sa longueur ; pas de sonde à demeure ; cathétérisme régulier ; cicatrisation complète ; guérison parfaite jusqu'à la mort du malade, survenue plusieurs années après. (Rizzoli, *loc. cit.*, p. 373.)

14. Valette, de Lyon (1873). Pierre V..., peigneur de chanvre, âgé de 54 ans ; rétrécissement blennorrhagique, infranchissable aux sondes et à l'urine ; fistules uréthro-hypogastriques. Uréthrotomie externe sans conducteur le 20 mars 1873 ; résection d'une partie du canal oblitéré ; suites simples de l'opération ; guérison sans fistule. (*Lyon méd.*, 5° année, t. XIII, 1873, p. 347.)

15. Ricordi, de Bologne (1875). Malade âgé de 50 ans, urinant depuis six ou sept ans par des fistules périnéo-scrotales au nombre de quatre, et consécutives à un rétrécissement de l'urèthre; essais infructueux pendant vingt jours pour franchir la coarctation. Uréthrotomie externe sans conducteur sur grosse sonde métallique introduite jusqu'à obstacle ; incision longitudinale ; le couteau tombe sur du tissu cartilagineux; le canal ne peut être trouvé; alors incision transversale de l'urèthre au niveau d'une fistule; on tombe sur le rétrécissement qui est incisé ; sonde à demeure pendant sept jours ; ensuite, on l'introduit tous les deux jours pendant vingt-quatre heures; guérison complète le quarantième jour. (*Bull. delle Sc. mediche della Societa med. chir. di Bologna*, 5e série, vol. XIX, p. 297, 1873.)

16. Ricordi, de Bologne (1875). Sujet âgé de 48 ans, entre à l'hôpital vers la fin de 1873, pour fistules urinaires; rétrécissement de l urèthre datant de 20 ans, commençant au niveau de la région scrotale ; scrotum criblé de fistules à la région extérieure ; uré-

throtomie externe sans conducteur; incision transversale de l'urèthre; incision du rétrécissement (8 centimètres); peu de réaction; sonde à demeure changée le quatrième jour; guérison complète deux mois après. (*Loco citato.*)

17. Rizzoli (1877). Antoine Torré, âgé de 64 ans, rétrécissement blennorrhagique ancien; rétention d'urine; tentatives infructueuses de cathétérisme; accès violents de fièvre uréthrale; abcès urineux très-vaste s'étendant de la racine de la verge à tout le scrotum; fistules urinaires multiples; la fièvre et la suppuration des trajets fistuleux avaient réduit le patient à un état de marasme très-avancé; uréthrotomie externe sans conducteur; section de l'urèthre en arrière du rétrécissement. Introduction d'une sonde élastique par l'incision périnéale dans la vessie et déviation des urines dans une première séance. Les tissus infiltrés désenflèrent rapidement et les trajets fistuleux ne tardèrent pas à prendre d'excellents caractères.

Au bout de quelque temps, introduction d'une sonde dans la vessie par le méat; cicatrisation complète de toutes les fistules dans une période de 40 à 50 jours; guérison maintenue jusqu'à la mort du malade dans sa 77° année. (Rizzoli, *Clinique chirurg.* Appendice, Paris, 1877, p. 123.)

18. Weinlechner (1879). Enfant soumis à la circoncision; hémorrhagie consécutive nécessitant l'introduction d'un cathéter et la compression circulaire; le cathéter resta vingt-quatre heures en place et entraîna plusieurs abcès auxquels succéda une fistule à la racine de la verge; le canal urinaire était en ce point infranchissable à aucune sonde; uréthrotomie externe sans conducteur; le cathéter demeure en place cinq semaines, mais est changé tous les huit jours, puis introduit tous les jours jusqu'à guérison des deux ouvertures; guérison. (*Wiener med. press*, 1879, n° 11.)

B. *Uréthrotomie externe avec conducteur.*

19. Bonnet, de Lyon (1847). Clamaren, âgé de 45 ans, constitution détériorée par syphilis et fièvres intermittentes d'Afrique; rétrécissement traumatique datant de quatre ans; dans un effort de

miction, un calcul s'engage derrière la stricture ; cathétérisme, fausse route. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi le 3 juin 1847, dans le service de Bouisson ; tentatives de cathétérisme infructueuses ; uréthrotomie externe sur le calcul et incision *d'une partie seulement* de la coarctation ; le malade quitte l'hôpital sans vouloir subir la section complète de son rétrécissement ; il reste un trajet fistuleux à la place de la boutonnière ; l'urine ne coule plus par le méat ; tissus très-engorgés. C'est alors qu'il se place entre les mains de Bonnet dans un état de santé alarmant.

16 octobre 1847. Incision du trajet fistuleux ; dix fers rouges éteints dans la plaie.

Le 28. Uréthrotomie externe sur conducteur ; deux mois après, en janvier, guérison des fistules, mais comme la coarctation tend à se reproduire, incision interne du rétrécissement avec instrument de Reybard ; à la suite de cette incision, hémorrhagie très-abondante le soir même, elle dure toute la nuit et ne s'arrête que le lendemain soir. Le malade guérit cependant. (*Gaz. des hôp.*, 7 sept. 1848, p. 411.)

20. Goyrand, d'Aix (1854). A..., garde général des forêts, âgé de 35 ans ; rétrécissement ancien du canal ; fistules urinaires multiples ; insuccès constant de la dilatation ; uréthrotomie externe sur conducteur le 24 mars 1854. Guérison. (*Gaz. hebd. de méd.*, 26 oct. 1855, p. 769.)

21. Erichsen (1857). J. J..., homme d'âge moyen, rétrécissement de l'urèthre ; tous les moyens employés pour sa guérison échouent ; dilatation infructueuse ; la stricture revient sur elle-même après chaque tentative ; uréthrotomie externe de Syme ; malgré la guérison rapide de la plaie, un cathéter n° 7 franchit difficilement la coarctation. Nouvelle uréthrotomie de Syme ; 15 jours après l'opération, le n° 8 passait facilement et bientôt le n° 10. La plaie est aujourd'hui presque fermée et le patient pisse à plein canal, ce qu'il ne faisait pas depuis cinq ans. (*British med. journ.*, vol. de 1857, p. 331.)

22. Coulson (1857). Th. P..., âgé de 44 ans ; rétrécissement blennorrhagique en avant de la portion membraneuse. Uréthrotomie

de Syme le 14 octobre 1857 ; suites simples de l'opération ; guérison. (*The Lancet*, t. I, 1858, p. 436.)

23. Lée (1858). Charles H..., âgé de 41 ans, rétrécissement datant de huit ans. Opération de Syme le 11 janvier 1859.

17 février. Le malade quitte l'hôpital guéri. La stricture siégeait derrière le scrotum. (*The Lancet*, vol. I, 1859, p. 214.)

24. Lée (1859). Individu atteint de rétrécissement et de fistules ; uréthrotomie de Syme ; douze mois après, le malade pissait à plein canal. (*Loco cit.*)

25. Coulson (1858). Richard G..,, âgé de 36 ans ; rétrécissement du canal ; œdème scrotal ; fistule périnéale ; uréthrotomie de Syme le 14 avril 1858 ; suites simples de l'opération ; guérison de la plaie périnéale le 8 mai ; un cathéter n° 8 passe avec facilité dans la vessie. (*The Lancet*, vol. II, 1858, p. 523.)

26. Edward Menziès (1858). B. Williams, sergent, âgé de 27 ans ; rétrécissement traumatique en 1857. Uréthrotomie de Syme le 17 janvier 1858 ; guérison complète. (*The Lancet*, vol. I, 1858, p. 435.)

27. William Hasley, de Philadelphie (1858). George G..., rétrécissement blennorrhagique datant de cinq ans ; traitement répété par la dilatation ; attaques répétées de rétention d'urines ; un jour, ischurie complète, ponction périnéale ; uréthrotomie interne et passage d'une bougie dans la vessie ; amélioration pendant quelque temps ; récidive au bout de trois mois ; le rétrécissement est aussi serré qu'auparavant et les souffrances sont aussi grandes. Des abcès se forment et s'ouvrent au périnée ; deux trajets fistuleux s'établissent au périnée. Au moment où le chirurgien est appelé à voir le malade, son état est déplorable ; l'urine s'écoule en grande partie par cinq fistules ; à chaque fois qu'il pisse, l'urine passe dans le scrotum qu'elle distend ; cet organe est trois fois plus développé qu'à l'ordinaire et la peau est épaissie et indurée ; un abcès qui pointait juste à ce moment derrière le scrotum est ouvert et laisse couler du pus et de l'urine ; deux rétrécissements, l'un à cinq pouces

derrière le méat, l'autre au bulbe ; au bout d'une semaine, on parvient à passer une bougie n° 1 ; pendant deux mois, nouveau traitement par la dilatation ; insuccès ; chaque tentative est accompagnée de frissons. Uréthrotomie externe sur conducteur de Syme le 19 novembre 1857, suites simples le 1er janvier 1858 ; la plaie est presque complétement cicatrisée et l'urine ne coule plus que par une petite ouverture large comme une tête d'épingle.

Le 22. Guérison complète. (*American Journ. of the Med. sc.*, vol. XXXVI, juillet 1858, p. 72.)

28. REDFERN DAVIES (1859). George Brown, âgé de 27 ans; rétrécissement datant de 24 mois ; fistules urinaires laissant suinter l'urine et s'ouvrant à la cuisse ; dilatation pratiquée pendant six mois sans succès. Uréthrotomie externe sur conducteur le 17 février 1859, bougie n° 9, placée dans la vessie. Guérison.

Cet opéré meurt de tuberculose le 11 avril 1860 ; bien qu'il ne se soit jamais passé de sonde jusqu'au moment de sa mort, le rétrécissement incisé admettait facilement un cathéter n° 8. (*Dublin quarterly journ.* August 1861, p. 31.)

29. URE (1865). Homme de 72 ans ; rétrécissement et fistule périnéale ; uréthrotomie externe sur conducteur ; guérison. (*The Lancet*, 1865, vol. II, p. 38.)

30. FERGUSSON (1865). Homme de 43 ans ; rétrécissement et fistules ; uréthrotomie externe sur conducteur; guérison. (*The Lancet*, 1865, vol. II, p. 427.)

31. FERGUSSON (1865). Homme de 50 ans ; rétrécissement traumatique ; 25 fistules ; uréthrotomie externe avec conducteur ; guérison. (*Loc. cit.*)

32. SMITH (1865). Homme de 54 ans ; rétrécissement et fistule ; uréthrotomie externe sur conducteur; guérison. (*The Lancet*, 1865, vol. II, p. 428.)

33. URE (1865). Homme de 34 ans ; rétrécissement traumatique ; uréthrotomie externe sur conducteur ; guérison. (*The Lancet*, 1865, vol. II, p. 428.)

34. Ure (1865). Homme de 33 ans ; rétrécissement blennorrhagique ; uréthrotomie externe sur conducteur, guérison. (*The Lancet*, vol. II, p. 428.)

35. Callender (1866). Homme de ans, rétrécissement ; uréthrotomie externe sur conducteur ; guérison. (*The Lancet*, 1866, vol. II, p. 184.)

36. Birket (1866). Homme de 21 ans ; rétrécissement traumatique ; uréthrotomie externe sur conducteur ; guérison. (*The Lancet*, 1866, vol. II, p. 692.)

37. Piachaud, de Genève (1866). L..., âgé de 31 ans, pêcheur, entre à l'hôpital le 29 août 1866 pour un rétrécissement traumatique de l'urèthre.

Uréthrotomie externe sur conducteur le 7 décembre 1866 ; incision du rétrécissement de dehors en dedans avec l'uréthrotome de Charrière ; guérison. (*Gazette des hôpitaux*, 14 mai 1867, p. 226.)

38. Fergusson (1868). Rétrécissement ; uréthrotomie externe avec conducteur ; guérison malgré péritonite (*The Lancet*, 1868, vol. 1, p. 465.)

39. Fergusson (1868). Homme de 45 ans ; rétrécissement et syphilis ; uréthrotomie externe sur conducteur ; guérison. (*Loc. cit.*)

40. H. Smmit (1870). Homme de 35 ans ; rétrécissement traumatique ; uréthrotomie interne sur conducteur ; guérison. (*The Lancet*, 1870, vol. I, p. 293.)

41. Christophe Heath (1871). Homme de 28 ans ; uréthrotomie externe de Syme ; guérison. (*The Lancet*, 1871, vol. I, p. 486.)

42. Trélat (1874). N... ; rétrécissement datant de 1864 ; état général des plus mauvais ; urines purulentes ; peau sèche ; frissons répétés ; uréthrotomie externe sur baleine le 11 janvier 1874.

L'opéré meurt un mois après l'opération ; pyélo-néphrite à l'autopsie. (*Progrès médical*, 14 mars 1874, p. 138.)

43. Tervau (1874). William C..., âgé de 33 ans; deux rétrécissements blennorrhagiques compliqués de calculs de l'urèthre; uréthrotomie externe sur conducteur et uréthrotomie interne; guérison. (*The Lancet*, 1874, vol. II, p. 240.)

44. Poray-Koschitz (1876). Homme de 26 ans; rétrécissement blennorrhagique datant de huit ans; les plus petites bougies s'introduisent difficilement; cependant évacuation de la vessie avec une sonde anglaise n° 4 muni de son maudrin; spasme violent de l'urèthre; rétention de la sonde dont un morceau de 4 centimètres reste dans le canal; boutonnière périnéale; l'opération réussit mal; le bout de sonde passe dans la vessie, d'où l'opérateur l'extrait au bout d'une heure et demie; guérison complète; on passe le n° 18 de la filière Charrière. (*Moskauer med. Zeitung*, numéros 14 et 16, 1876, *russisch.*)

45. Teevan (1877). George D..., mécanicien, âgé de 46 ans; rétrécissement et calcul vésical; uréthrotomie externe et taille médiane le 17 octobre 1874; guérison. Le rétrécissement se reproduit et le malade rentre le 14 mai 1877; nouvelle uréthrotomie externe sur conducteur; guérison dix jours après. (*The Lancet*, vol. 1, 1878, p. 532.)

C. ***Uréthrotomie externe d'après le procédé de Hunter***. (Section entre les extrémités des deux sondes.)

46. Gurdon Buck (1844). Enfant de 14 ans; rétrécissement traumatique; pas de plaie extérieure; gonflement et ecchymose du périnée; légère hémorrhagie uréthrale; rétention complète d'urine; trente-six heures après l'accident, ponction sus-pubienne de la vessie; l'ouverture existe encore sur la ligne médiane à plus d'un pouce au-dessus du pubis; depuis l'accident, l'urine n'a jamais coulé par les voies naturelles et tous les essais de restauration du canal ont échoué; lorsque l'enfant a besoin d'uriner, il est obligé de passer un cathéter par la fistule abdominale; la vessie est distendue par l'urine résiduale qui ne peut s'écouler à cause de la position élevée de l'ouverture artificielle. A son entrée à l'hôpital de New-York, le

12 octobre 1843, l'enfant était atteint de fièvres intermittentes pour lesquelles il est traité par le sulfate de quinine.

Au bout d'un mois de séjour, tentatives répétées et infructueuses de cathétérisme uréthral ; le rétrécissement est infranchissable.

Le 13 novembre, section périnéale entre les extrémités de deux sondes introduites l'une par le canal, l'autre d'arrière en avant par la vessie ; un cathéter de gros calibre est placé à demeure dans le canal jusqu'au troisième jour ; à partir de ce moment, le cathéter est changé tous les jours ou tous les deux jours suivant les besoins le troisième jour les lèvres de la plaie étaient agglutinées ; la plaie au-dessus du pubis se ferma le 15 décembre ; celle du périnée fut guérie le 12 janvier 1844. (*New-York Journal of Medicine*, septembre 1844.)

47. Maisonneuve (1853). Mallet (Pierre), 65 ans ; coup de corne de taureau dans la région périnéale ; rétention d'urine complète à la suite et vaste abcès urineux avec sphacèle des parois de l'urèthre et des téguments ; à cet état de choses succède une oblitération complète du canal dans sa partie antérieure ; cinq fistules périnéales ; rétrécissement infranchissable aux plus fines bougies et aux injections. Uréthrotomie externe sur baleine introduite par fistule dans la vessie et sur conducteur poussé jusqu'à obstacle par le méat, le 14 juillet 1853 ; deux mois suffirent pour amener la guérison ; le canal admettait à la sortie du malade une sonde en étain n° 53 (*Gazette médicale*, 1853, p. 741, et *Gazette des hôpitaux*, 19 novembre 1853, p. 551.)

48. Callender (1867). M. Callender rapporte une opération qu'il a pratiquée pour un rétrécissement de l'urèthre d'après le procédé de Hunter. La vessie avait été ponctionnée quelque temps avant au-dessus du pubis ; un cathéter fut alors passé à travers l'ouverture abdominale dans la vessie et de là dans la partie postérieure de l'urèthre, pendant qu'on en introduisait un autre dans le méat ; l'espace rétréci compris entre les deux fut alors sectionné par le périnée. Guérison? (*Dublin quart. Journ.*, vol. XLIV, 1867, p. 386, et *St Bartholomew's Reports*, vol. II.)

49. Ribell, de Toulouse (1863). Homme atteint de rétrécissement infranchissable ; ponction hypogastrique ; cathétérisme d'arrière

en avant, la sonde étant introduite par la plaie abdominale et conduite jusqu'à la partie postérieure du rétrécissement; incision périnéale de la coarctation comprise entre les extrémités des deux sondes (une autre ayant eté poussé par le méat jusqu'à l'obstacle, mars 1863) ; guérison sans accidents. (*Lyon médical*, 2ᵉ année, t. V., 1870, et *Revue méd. de Toulouse*, février 1870.)

50. Ribell, de Toulouse (186 ?). Homme atteint de rétrécissement infranchissable ; rétention d'urine ; ponction hypogastrique ; cathétérisme vésico-uréthral et uréthro-vésical ; incision périnéale de l'obstacle entre les deux sondes ; guérison. (*Loco cit.*)

51. Volkmann (1876). Enfant âgé de 7 ans ; déchirure complète de l'urèthre et destruction du segment inférieur de la vessie ; infiltration urineuse ; abcès ; incisions multiples ; ponction hypogastrique de la vessie ; cathétérisme vésico-uréthral ; incision du rétrécissement entre les extrémités des deux sondes ; pansement ouvert de la plaie ; guérison sans complication. (*Deutsche med. Wochenscrift*, 1876, nᵒ 6.)

52. Volkmann (1876). Homme de 51 ans ; rétrécissement traumatique datant de 15 ans ; rétention d'urine et ponction hypogastrique de la vessie ; cathétérisme vésico-uréthral et uréthro-vésical ; incision périnéale du rétrécissement entre les extrémités des deux sondes. (*Deutsche med. Wochenscrift*, 1875, nᵒ 29.)

53. Kovacs (1876). Malade atteint de rétrécissement infranchissable ; ponction de la vessie ; cathétérisme d'arrière en avant et d'avant en arrière ; incision de la coarctation entre les deux sondes guérison complète. (*Pester med. chir. Presse*, 1876, nᵒ 8.)

D. *Uréthrotomie externe (avec ou sans conducteur?).*

54. Lesueur, de Vimoutiers (1855). Homme âgé de 42 ans ; rétrécissement blennorrhagique ancien ; rétention d'urine ; fistules urinaires.

Uréthrotomie externe sans conducteur (?), guérison. (*Gaz. des hôpitaux*, 18 septembre 1856, p. 439.)

55. Birkett (1857). G. B..., âgé de 50 ans ; rétrécissement uréthral ; abcès du périnée et fistules multiples ; les orifices de ces ouvertures sont remarquables ; leurs bords sont retournés et une masse considérable de granulations les entoure ; l'aspect des téguments du périnée et de ces fistules rappelle les ulcérations épithéliales ; dans l'aine droite existe une masse de glandes lymphatiques très-développées et indurées ; le diagnostic exact n'est pas porté, car le malade assure que depuis vingt-trois ans cette masse existe. Cette affirmation et le fait que la lésion cutanée du périnée existait des deux côtés de la région, alors que les glandes inguinales gauches étaient indemnes, laissa supposer que cet aspect était dû à l'infiltration urineuse.

Uréthrotomie externe le 12 mars 1857 ; cathéter à demeure pendant vingt-quatre heures ; pendant plusieurs jours la plaie alla très-bien ; elle prenait bon aspect ; l'urine coulait par le méat, quelques gouttes seules passant par la plaie. Mais au bout de quelque temps, l'ouverture périnéale s'agrandit, prend l'aspect cancéreux ; accidents d'infiltration urineuse ; les forces du malade déclinent ; mort le 8 janvier 1858, huit mois après l'incision périnéale.

L'autopsie confirma le diagnostic d'épithélioma des organes génitaux externes. (*British med. Journ.*, vol. de 1858, p. 301.)

56. Teevan (1873). C. B..., âgé de 26 ans ; uréthrotomie externe, guérison. (*The Lancet*, 1873, p. 204, vol. I.)

57. Teevan (1872). Homme atteint de rétrécissement blennorrhagique ; section périnéale ; guérison avec persistance d'un trajet fistuleux. (*The Lancet*, vol. I, 1872, p. 827.)

58. Willar (1875). Ouvrier atteint de rétrécissement blennorragique ancien, mais perméable à une petite bougie ; pas de fistule ; retention urinaire depuis soixante-douze heures ; section périnéale ; guérison. (*Medic. Examiner Chicago*, mai 1875.)

59. Ultzmann (1875). Uréthrotomie externe dans un cas de rétrécissement calleux infranchissable avec fistule périnéale ; guérison. (*Wiener med. Presse*, 1875, n° 1 und 3.)

60 et 61. Thomas Annandale rapporte deux observations de rétrécissement avec fistules périnéales traités avec succès par l'uréthrotomie externe combinée à l'uréthrotomie interne. (*Edinburgh med. journ.*, juin 1875, p. 1094, et *Revue d'Hayem*, t. VII, p. 764.)

62. Salzer (1878). Homme de 26 ans ; rétrécissement traumatique de l'urèthre ; uréthrotomie externe trois mois après l'accident ; sonde à demeure pendant 15 jours ; elle donne lieu à une fistule anté-scrotale à la racine de la verge ; guérison de la fistule par la suture. (*Wiener med. Presse*, t. IX, 1878, nº 16.)

PRÉLIMINAIRES.

Dans une statistique, l'écueil le plus grand à éviter par le chirurgien qui veut arriver à la vérité et à la saine et juste appréciation des faits est de s'adresser à des cas recueillis de ci, de là dans les journaux et les publications diverses, de les grouper artificiellement et d'en tirer une conclusion en faveur de l'opinion qu'il professe.

Les résultats obtenus dans ces conditions forcément erronées conduisent fatalement à une fausse idée de ce qui doit être.

Nous trouvons la raison principale, qui défend d'accorder un grand crédit à ces statistiques ainsi formées, dans ce fait que les annales de la science ne rapportent généralement que les succès, les insuccès étant passés sous silence dans un but que nous n'avons pas à apprécier.

Les règles auxquelles doit s'astreindre le chirurgien désireux de la vérité ont été mises en lumière par Chassaignac dans sa thèse d'agrégation, de 1850 : « *Des opérations applicables aux fractures compliquées.* »

« C'est en employant, dit-il, ce procédé de groupes artificiels formés de faits éparpillés, recueillis sur des séries à chiffres inconnus, que des hommes d'ailleurs d'un mérite réel, et du reste de très-bonne foi, sont arrivés sur un même point de pratique aux contradictions les plus étranges et les plus absolues. On ne saurait trop se défier du procédé scientifique que je rappelle ici ; il conduit à des erreurs d'autant plus fâcheuses qu'elles paraissent appuyées sur des faits incontestables. »

C'est pénétré de la justesse de ces observations et de la non valeur des statistiques ainsi formées que nous abordons la discussion de notre travail et que nous entreprenons de mener à fin la lourde tâche que nous nous sommes imposée.

Cette troisième partie de notre travail sera divisée en cinq chapitres.

1. Dans un premier, nous discuterons les statistiques de l'hôpital Saint-André et les résultats qu'elle fournit.

2. Un second réunira à peu près toutes les observations d'uréthrotomie externe et d'uréthrotomie interne, constituant les statistiques en séries continues des chirurgiens français et étrangers.

3. Les accidents provoqués par la méthode sanglante feront le sujet d'un troisième chapitre.

4. Dans un quatrième, nous étudierons les résultats éloignés, fournis par la division des retrécissements de l'urèthre.

5. Quant aux résultats généraux donnés par la section au point de vue de la mortalité, ils nécessiteront notre cinquième et dernier chapitre, qui comprendra de plus nos conclusions.

CHAPITRE I.

Statistique personnelle.

Les observations qui composent notre statistique résument sinon entièrement, du moins à peu de chose près, les opérations d'uréthrotomie tant externes qu'internes prati-

quées, dans ces dernières années, à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

Nous les avons toutes relevées sans distinction de succès ou d'insuccès, persuadé qu'ainsi seulement nous approcherions de la vérité.

Toutes les uréthrotomies internes que nous mentionnons ont été pratiquées au grand jour, dans les salles de l'hôpital, et ont eu la sanction que réclame toute opération devant servir à une discussion sérieuse de la valeur d'une méthode, la présence de témoins nombreux pouvant attester la réalité des succès ou des insuccès ; une seule observation (obs. II, p. 93) relate une uréthrotomie interne faite dans la clientèle privée en 1876, par le professeur Labat, auquel nous servions d'aide.

Quant aux uréthrotomies générales, un peu plus de la moitié des cas ressort aux chirurgiens de Saint-André ; le reste, nous le devons à l'obligeance de deux chirurgiens des hôpitaux, MM. Lande et Poinsot, dont il résume la pratique civile.

Nous avons cru utile de faire ces remarques avant d'aborder le groupement des chiffres, pour que celui qui nous suivra sache la valeur qu'il peut accorder aux résultats qu'ils nous donneront.

Pour plus de clarté, nous étudierons séparément les résultats fournis par l'uréthrotomie interne et ceux fournis par l'uréthrotomie périnéale.

Uréthrotomie interne. — Sur 43 opérations d'incision interne du rétrécissement, nous trouvons 8 morts, ce qui nous donne une mortalité de un peu plus de 18 pour 100.

Le premier malade qui a succombé et dont le cas fait le sujet de l'observation IV (p. 96) était un homme vigou-

reux et bien portant; son rétrécissement, quoique serré aurait peut-être cédé à la dilatation progressive, mais son impatience d'une guérison rapide fit recourir à l'uréthrotomie; le soir même de l'opération, il se produisit une hémorrhagie terrible, la fièvre urineuse fit son apparition et une pneumonie se déclara qui emporta l'opéré le dixième jour après l'intervention du chirurgien.

Le second opéré portait deux strictures, l'une à la portion pénienne, l'autre à la région bulbeuse; l'incision fut faite vers dix heures du matin ; vers une heure et demie dans l'après-midi, nous vîmes le malade qui était en proie à un violent accès de fièvre urineuse; trente-six heures après, il succombait, sans que l'autopsie pût révéler aucune lésion matérielle expliquant cette mort inattendue (obs. VIII, p. 102).

Ces deux cas appartiennent au Dr Labat; le troisième fut opéré par M. Denucé, avec l'instrument de Maisonneuve, le 14 février 1876; il présentait un rétrécissement ancien, et des fistules par où l'urine s'écoulait en partie. Dès le soir de l'opération, la fièvre se montrait et, le 24 février vers sept heures du matin, il mourait avec des symptômes évidents d'infection purulente, le neuvième jour.

Le quatrième insuccès est dû au professeur Labat; il s'agissait d'un officier de marine dont le rétrécissement de date récente aurait facilement été guéri par l'emploi des bougies dilatatrices; la coarctation peu serrée admettait aisément le n° 6 de la filière Charrière. Comme le malade pressé cependant par le départ prochain de son navire désirait en finir rapidement avec son infirmité, le chirugien fit l'incision interne, des accidents épouvantables d'infiltration urineuse dans la loge périnéale supérieure se déclarèrent et emportèrent l'opéré le cinquième jour de l'opération (obs. XIX, p. 112).

Les quatre autres cas de morts ont été enregistrés par M. le professeur Lannelongue ; ils sont rapportés dans les observations XX, XXV, XXVI et XXVII (pp. 116, 120). Sur les quatre, un des malades a succombé à l'infection purulente, deux à la fièvre urineuse, et le quatrième, garçon robuste, âgé de 27 ans, est mort dans la soirée où l'uréthrotomie interne fut pratiquée, présentant de l'infiltration urineuse, une hémorrhagie terrible et un délire violent dû à la fièvre urineuse.

Il est à remarquer que dans aucun de ces 8 cas suivis d'une issue fatale, rien ne pouvait faire prévoir ce qui arriverait.

Un examen attentif avait été fait ; aucun symptôme inquiétant du côté des voies genito-urinaires ou des autres organes de l'économie ne contre-indiquait une opération sanglante ; et cependant les huit opérés sont morts quelques jours à peine après l'intervention chirurgicale. L'autopsie, qui malheureusement n'a pu être faite que dans un cas, a confirmé l'absence de lésions matérielles si fréquentes dans les rétrécissements de longue durée, les reins étaient sains et à part, dans un cas, une hypertrophie peu marquée de la tunique musculaire du réservoir vésical, rien n'a été noté montrant que le chirugien dût s'abstenir.

C'est donc l'opération à laquelle le chirurgien s'est adressée, c'est l'uréthrotomie interne seule qui est responsable de la mort de ces huit individus.

Mais si l'incision de la stricture de dedans en dehors prend à son actif ces huit cas malheureux, il lui revient de toute justice trente-six faits de guérisons sur les quarante-quatre qui composent notre statistique personnelle.

Cela est vrai et nous nous empressons de lui accorder le bénéfice de ces trente-six faits heureux ; seulement auparavant nous nous écarterons du mode de procéder qu'ont em-

ployé beaucoup d'auteurs dans leurs statistiques; ils prennent les faits, les dressent en série, additionnent les chiffres bruts, calculent et proclament l'uréthrotomie interne une excellente opération dont la mortalité pour cent est des plus minimes.

Cette manière d'arriver à une juste appréciation de la valeur d'un procédé ne saurait, à notre avis, être mise en usage; elle conduit fatalement à l'erreur ou du moins en n'envisageant qu'un des côtés de la question elle donne une notion incomplète et insuffisante de la vérité.

Il nous faut donc détailler nos autres observations.

Sur les trente-cinq opérations non suivies de mort, on a noté :

Hémorrhagie	7 fois.
Infiltration urineuse	4 fois.
Orchite	1 fois.
Accès de fièvre.	33 fois.
Amélioration peu sensible.	3 fois.
Récidive	3 fois.
Pas d'accidents (la fièvre excepté).	23 fois.

Les cas d'hémorrhagie font le sujet des observations I, II, III, XV, XXII, XL, XVIII.

Chez 3 opérés, l'hémorrhagie fut terrible et se produisit immédiatement après l'opération ; le sang accumulé dans la cavité vésicale faisait remonter la poche urinaire distendue jusqu'à la ligne ombilicale. Chez un de ces individus (obs. I), les douleurs compressives provoquées par la tumeur ainsi formée étaient tellement vives, que le chirurgien à bout de ressource était sur le point de tailler son uréthrotomisé du matin pour retirer les caillots de la vessie et arrêter plus efficacement l'écoulement sanguin. Chez les

deux autres l'hémorrhagie ne s'arrêta que le troisième jour. (Obs. II et XL.)

Dans les quatre autres cas où l'écoulement sanguin s'est montré une fois, il a duré six jours et une autre fois deux jours, mais sans caractères graves (obs. III et XVIII); c'est aussi le cas du malade de l'observation XXII. Dans le quatrième fait, l'hémorrhagie s'établit immédiatement après l'incision sous forme de suintement par le méat ; le troisième jour après l'opération, à la suite d'efforts de défécation, le sang sortit avec une telle abondance que le malade pâlit subitement et fut pris de vertige et de bourdonnements d'oreille.

L'infiltration urinaire a été notée 4 fois ; dans deux cas elle fut peu étendue et limitée au scrotum et à la verge, elle n'eut pas de conséquences graves (obs. XXI, XXVIII) ; mais dans deux autres cas elle fut suivie d'accidents des plus sérieux. L'observation I est celle de l'un de ces individus qui fut uréthrotomisé en ville par M. le Dr Dudon, chirurgien des hôpitaux ; dans la soirée, il se déclara un violent frisson et, le lendemain, l'épanchement urinaire distendait le périnée, le scrotum et la verge, et donnait naissance à une péritonite aiguë qui fit porter un pronostic fatal à l'opérateur ; le malade eut cependant le bonheur d'échapper à la mort et revint plus tard se faire opérer de nouveau à Saint-André ; à la suite de la nouvelle opération il se fit une hémorrhagie redoutable dans la vessie ; nous l'avons mentionnée plus haut.

L'autre cas est rapporté dans l'observation XL ; l'incision fut suivie d'extravasation dans la loge périnéale inférieure ; l'urine remonta jusque dans la paroi abdominale et provoqua des abcès scrotaux et abdominaux qu'on dut inciser.

Chez trois opérés, l'uréthrotomie interne n'amena qu'une

amélioration passagère, et le jour de leur sortie le rétrécissement commençait à se resserrer. L'histoire du premier de ces individus est des plus intéressantes, et montre tout ce qu'on peut retirer de la dilatation alors même quelle est faite par une main inhabile (obs. V) ; il s'agit d'un homme atteint de rétrécissement de la portion pénienne de l'urèthre, traité d'abord par le cathétérisme forcé, il présenta des accidents graves d'infiltration urineuse ; il quitta alors le service et cessa tout traitement ; une rétention complète d'urine suivie d'abcès urinaires et de fistules le fit recourir à la dilatation. En peu de temps, tous les accidents disparurent et les trajets fistuleux se fermèrent, mais il eut le malheur de ne pas continuer ce traitement ; aussi les accidents de stricture se renouvelèrent-ils et il entra à l'hôpital Saint-André, où on lui pratiqua l'uréthrotomie interne. Le jour de sa sortie, le n° 10 de la filière Charrière franchissait avec peine la coarctation qui avait récidivé en partie.

Le second cas (obs. VI) a trait à un homme atteint de cystite et de stricture au lieu d'élection ; l'incision interne fut faite et livra passage à une sonde n° 20 de la filière Charrière ; la dilatation du rétrécissement incisé fut cessé pendant quelque temps pour traiter la cystite ; lorsqu'on voulut la reprendre, il était impossible de passer dans le canal les mêmes sondes que les jours précédents : au lieu du n° 36 Béniqué, c'est à peine si le n° 25 pénétrait dans la vessie.

Le troisième opéré chez lequel l'amélioration fut peu satisfaisante fait le sujet de l'observation XXXIX.

A côté de ces cas qui ne sont que des débuts de récidive presque immédiatement après l'uréthrotomie interne, viennent se ranger trois cas de récidive confirmée.

L'une a été observée chez un des opérés, dix mois après l'opération ; elle était complète et nécessita une nouvelle

uréthrotomie interne qui comme la première fut accompagnée d'accidents terribles (obs. I). Les deux autres faits de récidive se sont montrés chez le même individu porteur d'un rétrécissement traumatique ; opéré une première fois en 1872, la stricture se reproduisit et fut incisée de nouveau sans succès en 1875 ; la récidive se montra un an après. (Obs. VII.)

Dans tous les autres cas, en dehors de la fièvre urineuse que nous avons presque toujours notée plus ou moins grave, il n'y a pas eu d'accidents et la guérison a eu lieu sans entraves.

Si nous résumons ce qui précède, nous arrivons aux résultats suivants montrant ce qu'a donné l'uréthrotomie interne entre les mains des chirurgiens de l'hôpital Saint-André.

43 uréthrotomies internes donnent 8 morts qui se répartissent ainsi :

5 morts de fièvre urineuse ;

2 morts d'infection purulente ;

1 mort d'infiltration urineuse.

Un de ceux qui succombèrent à la fièvre urineuse offrit en outre comme autres complications de l'opération une hémorrhagie intra-vésicale terrible et une inflammation du parenchyme pulmonaire.

Les autres opérés, qui font le sujet des 35 observations restantes, présentèrent plusieurs accidents divers qui se rangent ainsi :

Hémorrhagie intra-vésicale terrible.	3 fois ;
Hémorrhagie grave.	4 fois ;
Commencement de récidive.	3 fois ;
Récidive complète	3 fois ;
Infiltration urineuse et abcès. . . .	1 fois ;

Infiltration urineuse simple. . . . 3 fois ;
Orchite . . . . 1 fois ;
Abcès fébriles . . . . 33 fois .

Uréthrotomie externe. — Parmi les douze observations inédites d'uréthrotomie externe que nous présentons, sept ont été faites à l'hôpital Saint-André ; les cinq autres résument, ainsi que nous l'avons dit plus haut, la statistique intégrale de deux chirurgiens de la ville, MM. Lande et Poinsot. Sur ces 12 cas de section périnéale nous avons deux morts, ce qui nous donne *a priori* une mortalité de 16,6 pour 100.

Mais nous croyons devoir rejeter un de ces cas qui a trait à un malade opéré en 1877 par M. le professeur Lannelongue ; il était en bonne voie, lorsqu'il se suicida en se pendant aux barreaux de son lit ; sa mort ne saurait en toute justice être mise à l'actif de l'uréthrotomie de dehors en dedans, elle doit donc être écartée et nous arrivons à ce nouveau résultat :

11 opérations avec 1 mort ;

Ce qui fait une mortalité de 8, 3 pour 100.

L'individu qui succomba était atteint d'un rétrécissement traumatique ; la coarctation très-étendue nécessita l'uréthrotomie périnéale sans conducteur ; le septième jour l'opéré mourait d'infection purulente. (Obs. XLVIII.)

Si maintenant nous procédons pour l'uréthrotomie externe comme nous avons fait pour l'uréthrotomie interne et que nous analysions les observations, nous verrons que dans 9 cas la section périnéale a été faite sans conducteur ; dans 3 seulement, une baleine ou un cathéter cannelé servirent de guide au couteau ; quatre fois le rétrécissement était d'origine traumatique ; sept fois il avait succédé à une blennorrhagie plus ou moins ancienne.

Dans un cas seulement (obs. XLIX) il y eut à noter des accidents consécutifs à l'intervention ; dans les dix autres faits, les suites de l'opération furent des plus simples, et cependant les opérés étaient dans des conditions alarmantes (obs. LI, LII, LIII, LIV, LV).

Sur les douze opérés, six ont été revus, un temps plus ou moins long après l'uréthrotomie externe ;

1 (obs. XLIV), après 2 mois ;

2 (obs. XLVI, LI), après 7 mois ;

1 (obs. LII), après 5 ans ;

1 (obs. LIII), après 2 ans ;

1 (obs. LIV), après 1 an.

Chez cinq la récidive ne s'était pas produite et cependant deux seulement avaient eu recours au cathétérisme dilatateur qui leur avait été recommandé.

Chez le sixième opéré (obs. XLIX), la récidive s'est montré assez rapidement ; mais dans ce cas le traitement consécutif ne put être appliqué à cause des accidents inflammatoires qui se montrèrent à la suite de l'opération.

CHAPITRE II.

Il convient maintenant, après avoir analysé les 55 observations constituant notre statistique personnelle, et en avoir tiré les conclusions qu'elles légitiment, tant au point de vue de la mortalité que des accidents fournis par la méthode sanglante, il convient, disons-nous, d'exposer les statistiques des autres chirurgiens qui vont nous servir à contrôler les résultats de la pratique des opérateurs bordelais.

Alors seulement nous pourrons tirer des conclusions générales, qui établiront, d'une façon irréfutable, si la méthode sanglante a droit à être comptée parmi celles que le chirurgien peut opposer avec succès et sans danger aux coarctations du canal de l'urèthre.

Ces statistiques sont nombreuses ; nous les prendrons toutes, évitant ainsi le reproche qu'on pourrait adresser à celui qui voudrait juger une question aussi grave que celle qui nous occupe sur quelques chiffres isolés.

1. *Statistique de Dolbeau* (1).

Uréthrotomie interne. — La première statistique d'uréthrotomie interne, en date, est celle de Dolbeau.

Elle comprend 36 opérations, dont 25 ressortent à la pratique hospitalière de ce chirurgien et 11 à la clientèle civile.

Le plus jeune malade était âgé de 19 ans ; le plus âgé de 64 ; le plus grand nombre avait de 35 à 50 ans.

Les rétrécissements siégeaient :

4 dans la région pénienne.
7 à l'insertion du scrotum.
25 au voisinage du bulbe.

Quant au procédé :

6 ont été opérés d'avant en arrière.
30 d'arrière en avant.

Sur les 36 malades, 33 ont été opérés pour des accidents chroniques ; 3 ont été uréthrotomisés d'avant en arrière pour remédier à une rétention d'urine.

Sur 36 opérés, on compte 1 mort.

Les 35 autres ont éprouvé des accidents variés ; mais 33

(1) Bull. de la Société de chirurgie, 1863, 2e série, t. IV, p. 210.

ont récupéré un urèthre large d'au moins 7 millimètres ; 2 autres sont sortis incomplétement traités.

Sur 36 opérations, on remarque que :

36 ont eu un ou plusieurs accès de fièvre après l'opération ; que 5 ont eu des phlegmasies consécutives, savoir :

Un abcès dans le moignon de l'épaule ;

Un abcès dans le muscle jumeau externe ;

Un abcès dans la fosse iliaque interne ;

Un abcès sur le dos de la main, et un abcès sur la tête du péroné ;

Une pneumonie.

Sur les 36 opérés, nous trouvons :

31 chez lesquels l'écoulement du sang a été arrêté par la seule présence de la sonde laissée trois à quatre heures en place.

Chez les 6 autres, l'hémorrhagie a duré de deux à sept jours et a constitué un véritable accident.

Chez un malade de la ville, cet accident s'est montré au neuvième jour et a duré une semaine.

Chez le malade qui a succombé, l'opération a été suivie d'une infiltration d'urine limitée à la région du bulbe. Le onzième jour aprè l'opération, on a ouvert l'abcès, puis cinq jours plus tard se sont développés les accidents de l'infection purulente. L'opéré est mort vingt-trois jours après l'uréthrotomie. Le cadavre présentait des abcès métastatique dans le foie.

2. *Statistique de Maisonneuve.*

Elle repose sur 47 opérations de section interne pratiquée à la Pitié par ce chirurgien, dans les années 1857, 1858, 1859, 1860 et 1861.

Sur ces 47 opérés, il y eut 13 morts et 34 guérisons.

Au même chirurgien reviennent 36 uréthrotomies internes pratiquées à l'Hôtel-Dieu, sur lesquelles on compte 2 morts (1).

Pour avoir la statistique à peu près complète de Maisonneuve, il faut y ajouter 66 opérations et 3 morts, que nous trouvons consignés dans la thèse de Reliquet (2).

Additionnant ensemble toutes ces uréthrotomies, on a 149 opérations et 18 morts.

3. *Statistique de Guyon* (3).

M. Guyon a fait 250 uréthrotomies internes suivies de 7 morts.

4. *Statistique de Voillemier* (4).

45 uréthrotomies internes et 2 morts sur lesquelles nous n'avons aucun renseignement, tel est l'apport de ce chirurgien.

5. *Statistique de Roux* (de Toulon) (5).

Roux a fait 6 fois la section interne et a obtenu 6 succès; mais un cas de guérison fut précédé d'accidents d'infiltration urineuse on ne peut plus graves.

(1) Tillaux. De l'uréthrotomie, thèse agrég. Paris, 1863, p. 136.
(2) Reliquet. De l'uréthrotomie, 1865, p. 68.
(3) Martinet. Etude clinique sur l'uréthrot. int. Paris, 1876, p. 6.
(4) Voillemier. Traité des maladies des voies urinaires. Paris, 1869, p. 309.
(5) Gazette des hôpitaux, 15 février 1859, p. 75.

6. *Statistique de Demarquay* (1).

Cet opérateur compte 12 opérations sans une seule mort.

7. *Statistique de Gosselin* (2).

Gosselin a pratiqué 35 fois l'uréthrotomie interne et n'a eu qu'un seul cas de mort à déplorer.

8. *Statistique de Perrin* (3).

M. Perrin a réuni dans son mémoire *Sur l'uréthrotomie* 163 opérations, constituant sa pratique et celle de divers chirurgiens. Nous avons cité quelques-uns d'entre eux, comme Maisonneuve, Gosselin et Demarquay; ôtant leurs résultats des 163 opérations, il nous reste :

Sédillot :	21	opérations,	1	mort.
Trélat :	4	—	0	—
Boinet :	5	—	0	—
Reybard :	14	—	0	—
Perrin :	15	—	0	—

9 *Statistique de Teevan* (4).

Elle a été présentée par ce chirurgien, en août 1878, à la *British medical Association;* elle comprend 33 opérations sans une seule mort.

(1) Cité par Perrin, in Bull. de Soc. de chirurgie, 2e série, t. VI. Paris, 1866, p. 177, et par Tillaux, loc. cit., p. 152.
(2) Gosselin. Clinique de la Charité, t. II, p. 227.
(3) Bull. de la Soc. de chirurgie, 2e série, t. VI. Paris, 1866, p. 177.
(4) Dublin Journ. of med. science, January, 1878. p. 53.

10. *Statistique de l'hôpital d'University College*(1).

Dans cet hôpital, l'uréthrotomie interne a été faite 68 fois.

Ces 68 cas se répartissent ainsi :

4	cas	suivis de mort.	
14	—	—	de frissons violents.
8	—	—	d'abcès perinéaux ou péniens.
5	—	—	d'hémorrhagie grave.
1	—	—	d'extravasation sanguine dans la verge.
4	—	—	de cystite.
2	—	—	de pyélite.
1	—	—	de rein chirurgical.
1	—	—	d'hématurie.
1	—	—	d'infiltration urineuse.
3	—	—	d'abcès lombaire.
3	—	—	d'épididymite ou d'orchite.
3	—	—	de courbure de la verge.

11. *Statistique de Barbosa* (de Lisbonne) (2).

Ce chirurgien a fait 61 opérations, sur lesquelles il a noté 3 morts.

Un des cas, terminés fatalement, fut précédé d'une hémorrhagie terrible dans la vessie ; le malade succomba à une cysto-péritonite et à l'urémie.

Chez le second, la mort survint au quatorzième jour de

(1) The Lancet, vol. I, 1877, p. 918.

(2) BARBOSA. Sur l'uréthrotomie interne, trad. fran. Alger, 1874, p. 17.

l'opération ; une infection purulente avec abcès multiples à la prostate, pleuro-pneumonie double et phlegmon du côté droit de la poitrine, emporta l'opéré.

Le troisième mourut, au neuvième jour de l'opération, d'infection urémique.

12. *Statistique de Berkeley Hill de Londres* (1).

Ce chirurgien rapporte 16 cas d'uréthrotomie interne, d'après le procédé d'Otis, de New-York.

Sur les 16, 15 ont été faites par lui, 1 par Otis.

Dans 5 cas, l'écoulement purulent pour lequel on avait eu recours à l'opération s'arrêta ; mais sur ces 5 opérés, 2 présentèrent des phénomènes graves : l'un eut un écoulement sanguin abondant pendant trois jours ; l'autre éprouva trois accès de frissons violents.

Chez les 11 autres, l'écoulement purulent persista ; chez plusieurs, l'urèthre se rétrécit, de nouveau, au même degré qu'avant l'opération, et quelques-uns eurent de graves complications.

Chez 4, l'hémorrhagie dura plusieurs jours et chez un offrit des caractères alarmants ; 3 opérés eurent des frissons ; chez un, ils précédèrent la formation d'un abcès dans les lombes.

1 des patients eut une orchite.

13. *Statistique d'Otis, de New-York* (2).

Otis a soumis à son opération 100 individus ; aucun n'est mort.

(1) The Lancet, february 13, 1875.

(2) Otis. Stricture of the male urethra, pp. 96 et seq.

Sur ces 100 cas il a observé les accidents suivants :

4 cas d'hémorrhagie ;
3 cas d'abcès de la prostate ;
3 cas de courbure de la verge pendant l'érection ;
2 cas d'uréthrite ;
3 cas de diphthérie de la plaie :
7 cas de fièvre uréthrale.
1 cas de rétention.

De ces 100 opérés, 44 seulement ont été revus par le chirurgien. après un certain nombre de jours, qui n'est pas fixé malheureusement.

Pas de récidive. . . .	chez. . .	31.
Récidive	« . .	4.
Retour des symptômes	« . . .	5.
Guérison partielle. . .	« . . .	3.

Une autre particularité, intéressante à noter, est que les rétrécissements siégeaient 43 fois au méat ; 1 seul à la portion membraneuse ; tous les autres entre l'orifice antérieur et le bulbe, plus rapproché, dans la grande majorité des cas, du méat que du bulbe.

14. *Statistique de Tillaux* (1).

Ce chirurgien a pratiqué, à l'hôpital du Midi, 2 uréthrotomies internes ; un des malades a succombé.

Résumé général des uréthrotomies internes. — En additionnant ensemble tous les résultats composant ces sta-

(1) Bulletin de thérapeutique, t. LXIX, p. 167 et seq., 1865.

tistiques diverses, nous arrivons au total général de 872 uréthrotomies internes suivies de 38 morts.

En y ajoutant les cas de la pratique de l'hôpital Saint-André, nous avons 915 opérations et 46 morts. Ce qui donne une mortalité de 5 pour 100.

Uréthrotomie externe. — Nous avons rapporté plus haut presque *in extenso* 121 observations, représentant les statistiques de plusieurs chirurgiens français et étrangers, tels que Augustin Prichard, de Bristol, William Stokes, de Dublin, James Wallace, de *Greenock Infirmary*, Bardenheuer, de Cologne, Smyly, de *Meath hospital*, Follin, Socin, de Bâle, Gouley, de New-York, Eugène Bœckel, de Strasbourg, John Hill, du *Royal Free hospital de Londres*, Félix Bron, de Lyon, Arturo Menzel, de Trieste, Sédillot, de Strasbourg, Kuster, de Berlin.

En mettant ainsi au jour la pratique de ces opérateurs dont les statistiques, perdues dans les différents journaux ou mémoires, restent lettre morte pour la plupart des travailleurs, nous avons cru faire œuvre utile.

Il nous reste à y joindre plusieurs autres statistiques, non moins importantes, mais se distinguant des précédentes, en ce sens, que la plupart ne sont pas accompagnées d'observations détaillées.

1. *Statistique des chirurgiens anglais* (1).

Elle a été composée par sir Henry Thompson et comprend les faits des différents opérateurs dont les noms suivent :

(1) Dans la 3e édition du livre de Thompson, sur les rétrécissements, que nous avons entre les mains, l'auteur anglais a supprimé cette statistique ; aussi la donnons-nous d'après la thèse de Tillaux, loc. cit., p. 45.

M. Birkesteth, de Liverpool. . . . . 10.
M. Birkett, Guy's Hospital. . . . . 5.
M. Cock, id. . . . . 11.
M. Coe, General Hospital Bristol. . . . . 1.
M. H. Coote, St-Bartholomew's Hospital. . . . 3.
M. Coulson, St-Mary's Hospital . . . . 30.
Dr Cruiskshank, Damelington N. B. . . . . . . 1.
M. Curling, London Hospital. . . . . 7.
D. Dunsmure, Edinburgh royal Infimary . . . . 7.
Erichsen, University College Hosp. . . . . 12.
Fergusson, King's College Hospital. . . . . 17.
Fiddes, Hospital Kingston Jamaica . . . . 28.
M. Gaye, Williton Somerset . . . . 2.
G.-M. Humphry, Addenbroke's Hosp. Cambridge 7.
Hutchinson, Metropolitan Free Hospital. . . . 2.
Lane, St-Mary's Hosp. . . . . 7.
J.-R. Lane, St-Mary's Hosp . . . . 3.
H. Lee, Kings College Hosp. . . . . 4.
Mackensie (feu), Royal Inf. Edinburgh. . . . . 7.
Marshall, University College Hosp. . . . . . . 9.
N. Norman, South sea-Hants . . . . 2.
M. Paget. St-Bartholomew's Hosp. . . . . . . 3.
Pemberton, General Hosp. Birmingham . . . . 3.
M. Poland, Guy's Hosp. . . . . 3.
M. Quain, University College Hosp. . . . . . . 9.
Spence, Edinburgh Royal Inf. . . . . , . 12.
Dr F. Thompson, Perth Infirmary. . . . . 2.
M. Henry Thompson, University Coll. Hosp. . . 9.
Dr H. Walton, St-Mary's Hosp. . . . . 1.

217.

Nous supprimons 2 observations de guérisons, appartedant au Dr Wallace, de Greenock, car nous les avons rapportées dans notre statistique étrangère.

Sur ces 217 sections périnéales, pratiquées par 38 chirurgiens, il y eut 15 morts qui se répartissent ainsi :

9 ont succombé à l'infection purulente ;
4 « la fièvre uréthrale ;
1 « l'hémorrhagie ;
1 « la péritonite.

Celui qui a été emporté par l'hémorrhagie était un vieillard de 67 ans ; le 15e, opéré par M. Spence, fut emporté par une péritonite due à l'ulcération et la perforation de la vessie par la sonde. Tous les malades morts d'infection purulente avait été opérés à l'hôpital.

Depuis la publication de cette statistique, Thompson (1) a pratiqué 13 uréthrotomies externes sur conducteur sans un seul cas de mort.

A la statistique des chirurgiens anglais ressortent encore 108 sections périnéales faites par James Syme (2) avec 2 cas de morts, dont un seul peut être mis sur le compte de l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 39 ans, chez lequel la pression du cathéter à demeure sur le fond de la vessie détermina une ulcération de la muqueuse, suivie de suppuration et d'infection purulente.

Dans le deuxième, le patient succomba à la pyhémie.

Les faits d'Edwards Atkinson (3) et des chirurgiens du *General Infirmary* de Leeds, au nombre de 39, terminent,

(1) Thompson. The pathology and treatment of stricture of the urethra. London, 3e édit., 1869, p. 241.

(2) James Syme. Stricture of the urethra, 2e édit. London, 1855, p. 45.

(3) On stricture of the urethra, with special reference to urethrotomy by Edw. Atkinson, in The British med. Journ. March 16, 1878, p. 360.

en la complétant, la statistique des opérateurs de la Grande-Bretagne. Sur ces 39 cas il y eut 7 morts, dont 2 reviennent à Atkinson. qui pour sa part a fait 10 des opérations mentionnées.

Le section périnéale fut employée comme dernière ressource chez les deux individus qui succombèrent. Chez l'un il existait une infiltration d'urine étendue avant son entrée à l'hôpital, chez le second, il y avait de larges abcès au scrotum et au périnée, et des trajets fistuleux nombreux ; de plus son état général était déplorable. Tous les deux moururent, entre trois et quatre jours après l'opération.

Tous les autres opérés guérirent parfaitement sans conserver de fistules. Sur les 5 autres morts dues à différents chirurgiens de l'hôpital de Leeds, nous n'avons aucun renseignement.

En additionnant maintenant tous ces faits de la pratique anglaise, nous avons un total de 377 uréthrotomies externes suivies de 24 morts.

2. *Statistique des chirurgiens américains* (1).

Elle comprend 345 opérations de section externe, dont 233 ont été pratiquées sans conducteur.

Sur ces 345 cas, il y eut 41 morts causées :

22 par lésion avancée des reins et de la vessie.
15 — pyhémie.
1 — érysipèle et pyhémie.
2 — thrombose.
1 — abcès intra-pelvien et pyhémie.

(1) Gouley. Diseases of the urinary Organs. New-York, 1873, p. 142.

Depuis la publication de cette statistique par Gouley Samuel Gross, de Philadelphie (1), a fait connaître 30 cas de section périnéale sur conducteur, sans une seule mort.

En les ajoutant, nous avons 375 opérations et 41 morts.

3. *Statistique de divers chirurgiens français* (2).

Dudon, dans sa thèse inaugurale, rapporte cette statistique, composée de 31 opérations, résumant la pratique des huit chirurgiens dont les noms suivent :

Labat . . .	5 opérés,	2 morts.
Verneuil. .	5 opérés,	0 mort.
Broca . . .	1 opéré,	0 mort.
Dolbeau . .	7 opérés,	2 morts.
Trélat. . .	1 opéré,	0 mort.
Foucher . .	2 opérés,	1 mort.
Demarquay	8 opérés,	1 mort.
Marjolin. .	2 opérés,	2 morts.

Si l'on attribue à l'uréthrotomie périnéale sans conducteur et à la section externe avec conducteur les faits qui reviennent à chacune, on obtient :

a. *Uréthrotomie sans conducteur.*

Labat . . .	3 opérés,	1 mort de pyhémie.
Verneuil. .	3 opérés,	guéris.
Broca . . .	1 opéré,	guéri.

(1) S. Gross. A system of surgery. Philadelphia, 1872, volume II, p. 823.

(2) Dudon. De l'uréthrotomie externe. Thèse Paris, 1867.

Dolbeau . .	7 opérés,	2 morts de néphrite.
Foucher . .	1 opéré,	guéri.
Demarquay	6 opérés,	1 mort d'albuminurie.
Marjolin. .	2 opérés,	2 morts de néphrite.

b. *Uréthrotomie avec conducteur.*

Labat . . .	2 opérés,	1 mort d'hémorrhagie.
Vernueil .	2 opérés,	guéris.
Trélat . . .	1 opéré,	guéri.
Foucher . .	1 opéré,	mort de pyhémie,
Demarquay	2 opérés,	guéris.

Soit 23 opérés sans conducteur et 6 morts, et 8 opérés avec conducteur et 2 morts. Cette statistique serait déplorable si la mort ne trouvait son explication dans ce fait que l'opération a été offerte aux patients comme dernière chance de vie dans 5 cas.

Q'on en juge par ces deux cas de Marjolin :

Chez le premier nous notons : santé déplorable, accès fébriles antérieurs, douleurs sourdes dans les lombes ; urines troubles et purulentes, cachexie urineuse. A l'*autopsie:* poche contenant pus et urine à droite de la vessie ; vessie hypertrophiée, reins augmentés de volume et convertis en coques purulentes.

Chez le second : état général mauvais ; urines purulentes ; au périnée, poche du volume d'une noix, communiquant avec canal. A l'*autopsie :* uretères dilatés, reins augmentés de volume et formant deux poches remplies de pus.

L'opération est donc irresponsable de ces 5 morts ; ce sont les lésions antérieures avancées, qui ont entraîné la mort du patient.

Des 3 autres cas malheureux, 2 sont imputables à l'infection purulente qui faisait des victimes dans la salle où couchaient les opérés; 1 succomba à la pourriture d'hôpital, qui envahit la plaie et provoqua une hémorrhagie abondante la veille de la mort.

4. *Statistique des chirurgiens allemands Bruns et Busch.*

Bruns, de Tubingen (1), a pratiqué 6 uréthrotomies externes, dont 5 sur conducteur, et 1 sans conducteur et a enregistré 6 succès.

Le professeur Busch, de Bonn (2), a eu recours 21 fois à la section périnéale pour rétrécissement du canal de l'urèthre et a obtenu 16 succès et 5 morts ; mais sur ces cas malheureux, 3 seulement reviennent à l'opération ; les 3 opérés succombèrent à l'infection purulente.

Les deux autres, que nous mentionnons seulement parce qu'ils font partie de la statistique de Busch, ont trait à deux opérés dont l'un mourut de phthisie et l'autre de cancer de l'estomac ; nous les rejetterons donc absolument de notre statistique générale.

5. *Statitisque de Felix Bron, de Lyon* (complément).

Depuis le jour où F. Bron a publié son relevé de 24 opérations d'uréthrotomie externe dans le journal le *Lyon médical*, il a eu l'occasion de pratiquer 51 nouvelles sections périnéales, sans un seul cas de mort. Ces faits encore inédits doivent être publiés plus tard dans un travail futur ; nous en devons la connaissance à M. Bron lui-même.

(1) Gunther. Beiträge zur urethrotomia perinealis. Tubingen, 1857.

(2) Dautrelepont. Beiträge zur urethrot. extern, in Archiv fur klin Chirurgie, von Langenbeck, 1865, vol. VII, p. 458, cité par Eug. Bœckel, de Strasbourg.

Résumé général des uréthrotomies externes. — Si maintenant nous faisons l'addition de tous les faits qui composent ces 5 statistiques, nous obtenons comme total 859 opérations et 76 morts auxquelles viennent s'ajouter 121 opérations avec 11 morts (*Statistique étrangère personnelle*), et 12 opérations avec 1 mort (*Statistique de l'hôpital Saint-André*), soit comme total général, 992 uréthrotomies externes suivies de 88 morts. Ce qui donne une mortalité de 8,87 p. 100.

CHAPITRE III.

Accidents provoqués par la méthode sanglante.

Les accidents provoqués par l'emploi de la méthode sanglante, ont de tout temps été la juste raison pour laquelle la méthode plus innocente de la dilatation a toujours été préférée par les chirurgiens appelés à guérir les coarctations de l'urèthre.

Ces accidents sont divers et plus ou moins graves : les uns, ainsi que l'a justement fait remarquer Reverdin, de Genève (1), sont la conséquence de toute intervention chirurgicale nécessitant l'emploi du couteau ; c'est : la douleur, l'hémorrhagie, l'inflammation de la plaie, l'infection purulente, la pourriture d'hôpital, l'érysipèle.

Les autres, prenant leur point de départ dans les conditions anatomo-physiologiques de la région, dans laquelle le chirurgien porte l'instrument tranchant, sont : l'infil-

(1) Reverdin. Etude sur l'uréthrotomie interne. Paris. 1871, p. 35.

tration d'urine et ses conséquences ; abcès et gangrène des tissus, les accidents fébriles ou phlegmasiques attribués à l'intoxication urineuse.

Chacun de ces accidents, sauf la pourriture d'hôpital et l'erysipèle qui appartiennent à l'uréthrotomie externe, peuvent se montrer soit après l'emploi de l'incision de dedans en dehors, soit avec l'incision périnéale de dehors en dedans. Nous les étudierons simultanément dans ces deux opérations, ayant toujours soin d'opposer les résultats de l'un et de l'autre procédé. Ainsi sera facilitée notre tâche, et l'opposition entre les deux modes d'opérer plus vive et par suite plus démonstrative.

A ces complications décrites par tous les auteurs nous ajouterons pour l'uréthrotomie externe un accident qui a été seulement signalé dans ces dernières années par un auteur anglais, Atkinson, de Leeds, l'impuissance prolongée à la suite de l'opération. Enfin pour l'uréthrotomie interne nous étudierons les dangers provoqués par l'instrument qui sert à la pratiquer.

A. — ACCIDENTS DUS AU TRAUMATISME CHIRURGICAL

1. *Douleur*

La douleur provoquée par l'intervention sanglante du chirurgien ne saurait être considérée comme une complication, et par suite entrer en ligne de compte avec les arguments invoqués contre elle; les autres accidents sont assez nombreux et assez graves pour négliger celui-là, accompagnement forcé de toute opération où le couteau du chirurgien est mis en œuvre.

Du reste, elle est peu vive et parfaitement supportée par le patient. On peut lire partout l'observation d'un malade de Maisonneuve (1) qui sectionna lui-même son retrécisse-

(1) Tillaux. Loc. cit., p. 110.

ment, de dedans en dehors, sous les yeux du chirugien sans manifester aucune marque de souffrance. Ce cas n'est pas unique dans la pratique nosocomiale.

Cette absence de la douleur primitive est à l'avantage de l'uréthrotomie interne sur l'externe, et cependant cette dernière dans certaines occasions semble n'avoir rien à envier à sa rivale. Nous lisons en effet dans le *Cincinnati Observer* une observation des plus intéressantes, qui montre jusqu'à quel point la section périnéale peut être facile à mettre en usage et exempte de manifestations douloureuses. Le cas est rapporté par le Dr Pyle; nous le transcrivons en l'abrégant (1).

« Obs. — Homme âgé de 65 ans. Retrécissement traumatique de 12 ans, pour lequel le malade est habitué à se sonder lui-même. Le 3 mai 1864, dans la matinée, il essaya en vain de se passer la sonde ; il sortit alors du lit, où il se trouvait, et avec un petit canif, il coupa les téguments au siége de la stricture, au point ou il sentait le cathéter s'arrêter. Le Dr Pyle vit le patient presque aussitôt après cette auto-incision (self-incision). La section très-nette des téguments et du retrécissement mesurait une longueur de trois centimètres. Le cathéter fut laissé à demeure pendant trois jours, après lesquels la plaie était cicatrisée, et depuis lors cet homme pisse à plein canal. »

Nous citons ce fait, sans vouloir en prendre acte, pour démontrer l'avantage de l'uréthrotomie externe sur l'interne; il est évident que dans la première, la douleur est plus considérable, puisque non-seulement on sectionne la peau, douée d'une vive sensibilité, mais encore, parce que son recours limité spécialement aux cas graves nécessite des manœuvres plus longues.

(1) The Cincinnati Lancet and Observer, vol. VIII, 1865, p. 135.

Quoi qu'il en soit, le chloroforme et les autres anesthésiques sont là pour faire justice de cet accident, si tant est qu'on considère la douleur ainsi.

Mais outre celle qui, primitive, se montre pendant la section soit interne, soit externe, il est une douleur secondaire qui est comme le corollaire de l'opération. Celle-ci se manifeste lorsque le malade se livrant à la miction, l'urine arrive en contact avec la plaie vive de l'urèthre ; elle ne peut être évitée et néanmoins est de très-courte durée.

La présence de la sonde à demeure dans le canal aussitôt après l'opération provoque souvent une sensation douloureuse tellement considérable, que le chirurgien est quelquefois obligé de la retirer pour faire cesser cette exagération de la sensibilité. Nous trouvons l'explication de cette douleur, dans le fait de la présence d'un instrument rigide, distendant violemment une muqueuse, aussi sensible que elle de l'urèthre, et dans ce fait, mis en lumière par le D[r] Félix Bron, de Lyon, que le canal composé de parties larges et étroites ne saurait accommoder ses dimensions sans souffrances à l'instrument qu'il renferme.

2. *Hémorrhagies*

L'hémorrhagie caractérise la méthode sanglante et la distingue des autres méthodes de traitement des coarctations. Si elle se bornait à quelques gouttes de sang, elle ne constituerait pas un accident et ne serait pas justifiable d'une étude approfondie de notre part. Mais il n'en est ,malheurensement, pas ainsi, et souvent au contraire l'abondance de l'écoulement justifie les critiques sévères dont la méthode sanglante a été l'objet de la part de ses adversaires. Pour nous, nous y voyons une des principales raisons qui doivent engager le praticien, jaloux de l'intérêt de son malade, à rejeter, d'une façon absolue l'urethrotomie interne, dont l'hémorrhagie est l'apanage exclusif.

Cette affirmation franche de notre part pourra *à priori* sembler paradoxale à ceux qui ouvrant les mémoires et les ouvrages des partisans de la section interne, y liront que jamais l'hémorrhagie n'a présenté de caractères inquiétants et qu'il suffit, pour en venir à bout, de la compression exercée avec une simple compresse trempée dans l'eau froide ou avec une sonde introduite dans la vessie.

Nons soutenons nous, à l'inverse, que dans bien des occasions, l'écoulement sanguin se manifeste d'une façon alarmante et que, dans ces cas, le chirurgien ne peut y mettre obstacle avec les moyens infidèles qui sont entre ses mains. En parlant ainsi, nous ne faisons pas allusion aux grandes incisions préconisées par Reybard ; elles étaient toujours suivies d'une hémorrhagie plus ou moins abondante tenant à la longueur de l'incision et à l'épaisseur et à la profondeur des tissus divisés. Nous n'avons en vue que les incisions modérées, telles que les mettent en pratique les uréthrotomistes internes de nos jours.

Est-il vrai qu'en intéressant la stricture seulement comme on a la prétention de le faire aujourd'hui, on soit à l'abri des hémorrhagies graves? A cette question, nous n'hésitons pas à répondre : non, et nous appuyons notre dire de ce que nous avons observé.

Sur les 43 faits d'uréthrotomie interne qui composent la statistique de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, nous remarquons que l'hémorrhagie s'est produite dans sept cas, sur lesquels trois fois elle prit des proportions terribles et mit les patients à deux doigts de la mort.

Peut-être nous dira-t-on que ces hémorrhagies effrayantes, relevées dans notre statistique, sont dues au manuel opératoire et qu'on ne saurait conclure de la pratique des chirurgiens bordelais à celle des autres. C'est notre avis, et

nous élargissons avec plaisir le cadre de la discussion, en étudiant les observations des autres chirurgiens.

Il ne nous sera cependant pas toujours possible d'opposer des chiffres aux nôtres et de dire que sur un nombre déterminé d'uréthrotomies internes, l'écoulement sanguin grave s'est manifesté tant de fois ; cette impossibilité provient de ce que nous ne pouvons nous défendre d'une certaine défiance envers les statistiques résumant la pratique d'un uréthrotomiste interne déclaré ; non pas que nous suspections la bonne foi du chirurgien dont elle porte le nom, mais parce que beaucoup de ces statistiques composées de faits non suivis d'observations semblent souvent avoir été faites de souvenir. Cette défiance de notre part serait coupable et mériterait un blâme sévère si nous ne la croyions justifiée.

Ainsi, en 1855, Maisonneuve, venant plaider devant la Société de chirurgie de Paris les avantages de son uréthrotome et de l'innocuité des petites incisions, oubliait de mentionner un cas d'hémorrhagie excessivement grave, survenu chez un de ses opérés ; l'écoulement de sang incoercible pendant deux jours, « mit le malade à deux doigts de sa perte, » dit Ricord, qui rappelait le fait au chirurgien de la Pitié.

Mais, nous observera-t-on, comme l'a fait M. Perrin à la statistique de Maisonneuve analysée dans la thèse de Tillaux, à cette époque éloignée le procédé n'avait pas encore reçu tout son perfectionnement.

Nous l'accordons, et pour qu'on ne puisse nous en faire le reproche, nous prendrons par exemple la statistique de M. Guyon, dont personne ne contestera l'habileté opératoire et la prudence dans les limites à donner à l'incision interne des strictures.

Or, ce chirurgien a-t-il toujours été à l'abri de l'hémor-

rhagie grave et n'a-t-il jamais eu à redouter une issue fatale causée par elle? Ses deux élèves Reverdin et Martinet (1) dans leurs thèses inaugurales nous apprennent que jamais dans les 250 uréthrotomies internes pratiquées par leur maître, l'écoulement sanguin n'a mérité le nom d'accident ; une fois seulement M. Guyon l'a vu durer deux jours mais sans caractère grave (2).

Si cependant l'on ouvre les *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, recueil des observations dernières des malheureux soignés dans les hôpitaux, l'on y trouve le fait suivant accompagnant la présentation par M. Malherbe des pièces anatomiques du nommé B..., décédé le 11 juin 1872, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon (3).

Observation. B..., âgé de 62 ans, employé, entre le 5 octobre 1871, à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon.

Ce malade a déjà subi un traitement par la dilatation simple ; puis ayant eu un abcès urineux et des fistules, il a été uréthrotomisé. Après cette opération, il est resté guéri quelque temps, puis il est venu à Necker le 5 octobre, les accidents s'étant reproduits.

Le 14 octobre 1871, il fut uréthrotomisé avec l'instrument de Maisonneuve, on prit une lame n° 26 Charrière. *Il eut à la suite de l'opération des hémorrhagies abondantes, qui le plongèrent dans un état de cachexie tellement marqué qu'on interrompit tout traitement actif.*

Le patient mourut plus tard de suppuration consécutive à l'excision des masses indurées du périnée.

Muron, qui assistait à la séance où fut présentée cette observation, prit la parole pour dire : « A l'époque où j'étais

(1) Martinet. Etude clinique sur l'uréthrotomie interne. Paris, 1876, p. 11.

(2) Picard. Traité des maladies de l'urèthre. Paris, 1877, p. 287.

(3) Bull. de la Soc. anat. de Paris, 49e année, 1872, 2e série, t. XVII, p. 313, séance de juin 1872.

interne dans le service de M. Guyon, j'ai observé quelques particularités chez le malade dont on nous présente les organes. A la suite de l'uréthrotomie pratiquée en 1871, il survint *une hémorrhagie uréthrale et vésicale qui se reproduisit à cinq reprises différentes et réclama l'emploi de l'aspiration* (1).

C'est-il ce fait là qui autorise MM. Reverdin et Martinet à affirmer que l'hémorrhagie ne présente pas de caractères graves dans l'uréthrotomie interne ?

Nous ne le croyons pas, et de plus nous nous pensons autorisé à dire que pas plus aujourd'hui qu'en 1855, malgré les affirmations opposées de M. Perrin, les petites incisions ne sont dépourvues de danger des effusions terribles de sang : aussi acceptons-nous comme parfaitement motivées les critiques des membres de la Société de chirurgie à à cette époque, lorsqu'ils mentionnent des faits d'hémorrhagies effrayantes et incoercibles à la suite de l'emploi de l'uréthrotomie interne limitant son action aux tissus indurés seuls.

Les faits d'hémorrhagies graves observés par nous pendant notre internat dans le service de M. le professeur Labat, ne constituent donc pas des cas extraordinaires et peu communs. Ils viennent à l'appui des hémorrhagies alarmantes et rebelles observées par M. Ricord, qui pourtant n'employait que des incisions fort modérées ; à la Société de chirurgie où il en parlait, il citait en même temps l'observation d'un de ses derniers opérés dont la vie fut mise en question par un écoulement sanguin excessivement considérable, qui dura plus de trente heures (2).

La statistique de Dolbeau vient encore confirmer ce que

(1) Bull. de la Soc. anat. Loc. cit., p. 311.
(2) Bull. de la Soc. de chir., t. VI. Paris, 1856, p. 116.

nous avançons. Sur 36 opérations d'uréthrotomie interne faites par ce chirurgien, soit à l'hôpital, soit dans la clientèle, cinq fois l'hémorrhagie a duré de deux à sept jours et « a constitué un véritable accident » (1). L'hémorrhagie suivit quatre fois l'opération; mais, chez un malade de la ville, l'accident se montra au neuvième jour et dura une *semaine*.

La statistique d'*University College* à Londres n'est pas plus rassurante au point de vue de l'accident qui nous occupe.

Sur 68 cas d'uréthrotomie interne pratiqués dans cet hôpital (2), nous trouvons 5 faits d'hémorrhagie grave. Chose bizarre, dans trois cas elle avait pour origine la section d'une stricture de la portion spongieuse et deux fois seulement un rétrécissement du bulbe.

Rapprochons de ces cas trois observations d'Otis, de New-York, qui considère cependant l'uréthrotomie interne comme une opération bénigne.

Obs. I (1). Homme atteint de rétrécissement étendu de la portion bulbeuse de l'urèthre; on emploie l'uréthrotome de Maisonneuve. Hémorrhagie dans les tissus péri-uréthraux et dans la vessie; rétention d'urine consécutive. Pour obvier à cette dernière et pour donner issue au sang extravasé, Otis *fait la section périnéale*. Le patient guérit lentement, mais complétement.

Obs. II. — Individu porteur de deux *résilient strictures* siégeant à une profondeur de 5 et 6 pouces du méat; uréthrotomie interne; l'hémorrhagie se manifeste une heure après l'opération, pendant un effort de miction. Le patient ne pouvait supporter la sonde dans son urèthre et résistait à l'introduction de la glace dans le rectum

(1) Bull. de la Soc. de chir., 2e série, t. IV. Paris, 1864, p. 24.
(2) Otis. Stricture of the male urethra. London, 1878, p. 382 et seq.

Ni l'application externe de la glace, ni la compression exercée avec les doigts ou avec des compresses retenues par des bandes passant autour des hanches, ni de nombreuses prises de matico ne purent apporter autre chose qu'un arrêt temporaire de l'hémorrhagie. Celle-ci était abondante et tellement alarmante, qu'elle sortait par moment en jet ou coulait plus ou moins rapidement dans la vessie. Pendant les deux jours qu'elle persista, la vessie se remplit trois fois de caillots qui entraînèrent un ténesme violent et continu du sphincter vésical. A ce moment le patient était considérablement exsangue et il devint évident qu'une issue fatale surviendrait si l'hémorrhagie n'était rapidement arrêtée. Otis se disposait à faire la section périnéale pour arriver directement sur le point qui donnait du sang, lorsqu'il eut l'idée d'exercer la compression périnéale à l'aide d'une béquille dont la branche transversale fut placée entre les cuisses du malade dont le poids du corps comprimait fortement le canal. Dès ce moment l'hémorrhagie s'arrêta.

Obs. III. — Homme déjà opéré par l'incision interne, par le professeur Pease ; récidive ; deuxième opération à l'hôpital de New-York ; nouvelle récidive ; troisième opération par Otis, en mars 1877. Incision de plusieurs rétrécissements. Ecoulement de sang abondant attribué aux incisions des rétrécissements de la portion antérieure de l'urèthre. Compression circulaire du pénis ; le sang s'épanche dans la vessie qui est distendue presque jusqu'à l'ombilic. On songe à faire la section périnéale, mais comme le pouls du patient était bon et qu'on suppose que la pression exercée par la poche urinaire distendue peut agir efficacement en empêchant une perte plus considérable de sang, une heure après Otis introduit une sonde volumineuse en argent et la laisse à demeure dans la vessie pendant vingt-quatre heures jusqu'au moment où survint un frisson; celui-ci, cesse cependant, et la sonde est laissée vingt-quatre heures de plus ; quand on la retire, 600 grammes de sang caillé fut rejeté hors de la vessie. Le patient guérit.

Berkeley Hill, qui a fait seize fois l'uréthrotomie interne a également observé une hémorrhagie grave survenue immédiatement après l'opération, l'écoulement ne s'arrêta qu'au bout de six jours.

Barbosa, de Lisbonne (1), sur 63 uréthrotomies internes, perd trois de ses opérés, dont l'un succombe à une hémorrhagie.

« Obs. — Sitôt après l'introduction de mon cathéter conducteur, je pratiquai, selon mon habitude, trois incisions (supérieures et latérales) et j'introduisis immédiatement une grosse sonde élastique qui donna passage à de l'urine sanguinolente, comme cela arrive souvent. Mais l'opéré éprouva bientôt des envies très-fréquentes d'uriner, sans pouvoir les satisfaire, et l'interne de mon service tenta le cathétérisme d'abord, mais sans succès, avec une sonde d'argent, puis, et cette fois avec succès, au moyen d'une bougie élastique anglaise, qui laissa sortir une urine sanglante. Malheureusement la vessie se remplit à nouveau de sang qui se prenant en caillots ne peut être amené par les sondes, et le malade mourut de cysto-péritonite et d'urémie quarante-deux heures après l'opération. »

L'objection la plus grave à faire à la division interne n'est pas tant la présence de l'écoulement sanguin ; il est le corollaire de toute opération sanglante, et s'il se bornait à une petite quantité nous serions mal venus d'y trouver une raison d'abandonner l'uréthrotomie de dedans en dehors, quoique cependant Nélaton (2) ait écrit ces lignes . « ..... Un écoulement sanguin, si léger qu'il soit, qui dure plusieurs jours non-seulement doit causer de l'inquiétude, mais encore donner les craintes les plus sérieuses, et cet accident seul suffirait pour faire rejeter l'uréthrotomie. » Mais, dans certaines occasions, il se manifeste inquiétant et d'autant plus terrible que les moyens auxquels le chirurgien peut s'adresser, tels que la compression externe ou interne faite en dehors à l'aide des doigts ou de tout autre corps compressif ou en dehors avec une sonde ou tout autre

(1) Barbosa. Loc. cit., p. 17.
(2) Nélaton. Eléments de path. externe. Paris, 1858, p. 406.

instrument dilatateur tel que celui inventé dans ce but par Reybard, l'application de compresses trempées dans l'eau froide ou de glace au périnée, dans le rectum, sur la paroi abdominale sont notoirement insuffisants. L'hémorrhagie incoercible se répète et résiste à tout moyen de traitement, et le chirurgien impuissant assiste les mains liées à ce spectacle terrible du patient luttant contre la mort.

Nous n'assombrissons pas le tableau à dessein pour le besoin de notre cause ; il n'est que le tracé de l'exacte vérité et ceux-là le reconnaîtront qui voudront se donner la peine de lire les observations ayant trait à l'accident dont nous parlons. Des hémorrhagies se prolongeant pendant des heures entières, des jours et des semaines ; sont-ce là des accidents de peu d'importance et l'opérateur peut-il se dire le maître de les arrêter ?

Elles sont rares quand elles prennent cette gravité, dira-t-on, et ne sauraient venir en désaveu du procédé ; soit, mais ajoutez à cela les accidents non moins terribles de l'infection purulente, de l'infiltration urineuse, de la fièvre uréthrale, et vous aurez le bilan à peu près complet de l'uréthrotomie interne.

Si nous jetons maintenant les yeux sur le procédé rival, la section périnéale, nous ne trouvons rien de pareil. Sur 12 opérations que nous apportons, pas une seule hémorrhagie ; dans 121 cas d'uréthrotomie externe constituant notre statistique étrangère et continue, pas une seule fois l'hémorrhagie ne s'est manifestée d'une façon alarmante. L'absence de tout écoulement sanguin est aussi le propre des 61 faits empruntés par nous aux recueils périodiques. Dans 846 cas résumant les statistiques de Dudon, de Bordeaux, Syme, Thompson, Gouley et Gross, de Philadelphia, Busch, Bruns et enfin F. Bron, de Lyon, nous trouvons cependant 3 cas d'hémorrhagie sérieuse dont 2 se sont

terminés par la mort. De ces 3 cas l'un appartient à Syme, le second à Thompson, le troisième à Dudon.

Le premier fait rapporté par Syme est celui d'un tuberculeux qui sans cause connue, le septième jour, alors que la plaie périnéale était déjà presque fermée et que l'urine passait entièrement par le canal, fut pris d'un pissement de sang qui résista à l'introduction d'un cathéter compresseur dans la vessie; le chirurgien d'Edimbourg n'hésita pas à rouvrir la plaie périnéale et à lier avec succès le vaisseau qui donnait (1).

Le second cas dû à Thompson, qui le rapporte dans son relevé de la statistique des chirurgiens anglais, est celui d'un vieillard de 67 ans qui succomba. Les renseignements faisant défaut pour expliquer l'accident, nous passons (2).

Le troisième rapporté dans la thèse inaugurale de Dudon appartient à la pratique de Labat, de Bordeaux. L'opéré, placé dans une salle où la pourriture d'hôpital existait, contracta cette maladie et mourut plutôt à cause d'elle que par suite de l'hémorrhagie qui s'établit le jour de la mort (3).

En somme, sur les trois hémorrhagies graves que nous relevons parmi le nombre considérable d'uréthrotomies externes que nous avons entre les mains, un seul opéré est mort des suites de la perte de sang et encore n'avons-nous aucun renseignement satisfaisant permettant de l'affirmer.

Comme on a pu s'en apercevoir dans le courant de cet article, nous n'avons tenu compte que des écoulements de

(1) JAMES SYME. On stricture of the urethra and fistula in perineo 2e édit. Edinburgh, 1855, p. 48.

(2) TILLAUX. De l'uréthrotomie, thèse de conc. d'agrég. Paris, 1863, p. 46.

(3) DUDON. Thèse inaugurale : De l'uréthrotomie externe. Paris, 1867, p. 59.

sang assez abondants pour constituer un accident contre lequel l'opérateur est resté impuissant. Ceci est utile à dire, parce qu'en lisant les observations que nous publions, on trouvera dans la statistique de Gouley et de Bœckel deux cas d'hémorrhagie à la suite d'uréthrotomie périnéale qu'on pourrait croire avoir été oubliés par nous à dessein; nous ferons toutefois remarquer que l'intervention du chirurgien fut immédiatement suivie de l'arrêt de l'écoulement sanguin.

En les prenant si l'on veut et en les ajoutant aux deux autres, nous arrivons à ce total de 4 hémorrhagies (j'excepte le fait de Dudon) sur 992 sections périnéales pratiquées avec ou sans conducteur.

Si nous additionnons au contraire les faits constituant les statistiques d'uréthrotomie interne que nous avons cités plus haut, le total est de 914 sections internes dans lesquelles 23 fois l'hémorrhagie a constitué un accident grave (1) ou mortel.

Les chiffres seuls ne sont pas en faveur de la section externe sur l'interne; il faut ajouter l'efficacité plus grande du traitemant dans la première; dans la seconde, l'hémorrhagie s'arrête d'elle-même ou ne s'arrête pas, le chirurgien n'en est pas maître; au contraire, dans la plaie produite par l'incision au périnée, on a sous les yeux les tissus qui donnent du sang, et rien n'est plus facile que de s'opposer à la persistance de l'écoulement; la compression par la charpie placée dans la plaie et tous les agents innombrables de la chirurgie hémostatique dans les cas d'écoulement du sang en nappe; la ligature du vaisseau, lorsqu'une branche artérielle est intéressée; telles sont les

(1) N. B. Nous ne tenons compte que des hémorrhagies appartenant à nos statistiques, c'est-à-dire que nous ne faisons pas entrer en série les cas épars dans les journaux.

ressources efficaces dont peut disposer l'opérateur fendant l'urèthre par dehors ; tels sont les moyens qui le préserveront du doute et de la crainte dont ne saurait se départir celui qui cherchera dans la section interne la cure d'un rétrécissement uréthral.

3. *Inflammation de la plaie.*

Cette complication est caractérisée par le développement d'une uréthrite primitive due à la présence de la sonde à demeure et au contact du pus, résultant de l'inflammation des lèvres de la plaie, sur la muqueuse de l'urèthre ; d'autres fois elle est consécutive et suit l'introduction de la sonde dilatatrice.

On comprendra facilement que l'uréthrite primitive résultant du contact du pus sur la muqueuse est l'apanage exclusif de l'uréthrotomie interne, puisque la seule voie à suivre est le méat urinaire à l'orifice duquel il n'arrive qu'après avoir cheminé forcément tout le long du canal, irritant dans son passage la muqueuse sous-jacente. Dans l'uréthrotomie externe, au contraire, cet accident n'est pas à craindre, le liquide purulent sécrété par la plaie ayant une voie d'excrétion assurée au périnée.

Le plus souvent cette inflammation du tégument interne de l'urèthre n'a aucune conséquence grave et disparaît sans laisser aucune trace de son existence ; il n'en est cependant pas ainsi dans tous les cas, et Picard a observé un opéré d'uréthrotomie interne, chez lequel l'uréthrite ainsi développée persistait encore un an après l'opération, malgré les injections astringentes et les instillations au nitrate d'argent (1). Le fait est grave et appelle l'attention des praticiens, la persistance de l'écoulement blennorrha-

(1) Picard. Loc. cit., p. 288.

gique pouvant exposer le patient à la formation nouveaux rétrécissements.

Quant à l'uréthrite consécutive, due à l'emploi des sondes dilatatrices, elle ne saurait être évitée ni être à charge de la méthode sanglante, car elle se montre aussi souvent à la suite de n'importe quelle manœuvre de cathétérisme simple ou dilatateur.

4. *Infection purulente, pourriture d'hôpital, érysipèle.*

Nous réunissons sous un seul titre ces trois affections, qui constituent certainement les complications les plus redoutables des plaies nécessitées par la méthode sanglante.

Toutes les trois cependant ne présentent ni la même gravité ni la même fréquence.

En tête, pour ces deux raisons, marche l'infection purulente ; viennent ensuite l'érysipèle et la pourriture d'hôpital. Nous les étudierons dans cet ordre.

Sur les 45 opérés d'uréthrotomie interne des chirurgiens bordelais, l'infection purulente s'est montrée deux fois. Dans les deux cas elle a entraîné la mort des malades ; une fois seulement, nous l'avons notée, à la suite de l'uréthrotomie externe sur 12 cas ; l'avantage reste cependant au premier des deux procédés. L'innocuité plus grande de l'incision interne relativement à cette complication est confirmée par la comparaison des chiffres offerts par les statistiques étrangères. Il est bon de reconnaître que certaines statistiques d'uréthrotomie interne échappent à tout contrôle ; par exemple celle de l'hôpital de la Pitié, comprenant 47 opérations et 13 morts, et celle de l'Hôtel-Dieu renfermant 38 opérations et 3 morts.

Tillaux, qui les mentionne dans sa thèse de concours, n'a pu nous dire quelles ont été les causes de la terminaison fatale. Peut-être comptaient-elles des infections

purulentes. Quoi qu'il en soit, nous ne trouvons en dehors, de ceux que nous apportons nous-même que 7 faits d'infection purulente à la suite d'incision interne.

Deux sont dus à Maisonneuve qui les avait oubliés comme ses hémorrhagies, mais qui les avoua cependant à la Société de chirurgie sur l'appel fait à son souvenir par Robert (1).

Le troisième appartient à la statistique de Sédillot rapporportée par Gaujot (2).

Le quatrième a été observé par Edward Lund, de Manchester (3). Son opéré a succombé.

Desprès (4) rapporte le cinquième qui revient à Richard, et Barbosa, de Lisbonne (5), a noté le sixième.

Son opéré, âgé de 30 ans, mourut au quatorzième jour de l'opération, d'une infection purulente avec abcès multiples à la prostate, pleuro-pneumonie et phlegmon du côté droit de la poitrine.

Quant au septième, il a été mentionné par Dolbeau, auquel il appartient.

La possibilité de l'infection purulente, à la suite de la section interne, suffit quand même à démontrer d'une façon bien nette que les plaies qui en résultent sont loin d'être ainsi que Robert (6) a jadis voulu le soutenir à la Société de chirurgie des plaies non exposées ; les autres accidents, l'hémorrhagie externe, la suppuration sont aussi là pour faire voir que cette analogie ne saurait être admise sans rompre avec ce que nous ont enseigné Hunter et Guérin sur la nature des plaies sous-cutanées.

(1) Robert. Bull. de la Soc. de chir., t. V, 1855, p. 441.

(2) Gaujot. Union médicale, 1861.

(3) Lund. Internal Urethrotomy. London, 1877, p. 24.

(4) Desprès. Chirurgie journalière, 1877. Paris, p. 440. Nous rapportons l'observation *in extenso* dans notre historique.

(5) Barbosa. Loc. cit., p. 17.

(6) Bull. de la Soc. de chirurgie, t. V, 1855, pp. 431 et seq.

Sans être absolument des plaies à l'abri du contact de l'air, elles sont cependant beaucoup moins exposées aux germes infectieux de la pyhémie que celles produites par la section périnéale. Elles se rapprochent en cela, pour nous, des plaies de la bouche où la salive joue, ainsi que l'a démontré Lister, le rôle d'un agent désinfectant par le lavage continuel qui a lieu par son intermédiaire; dans l'incision interne ce rôle est départi à l'urine.

Plaie exposée, dans un cas, plaie à l'abri de l'air, dans l'autre, telle est la cause de la fréquence plus grande de l'infection purulente à la suite de l'uréthrotomie périnéale. C'est évidemment là la seule complication redoutable de cette opération. Mais nous démontrerons plus tard qu'elle ne doit plus entrer en ligne de compte, et dès lors les avantages immédiats du procédé que nous défendons seront nettement établis.

Interrogeons maintenant les statistiques sur la fréquence de la pyhémie.

Sur les 217 cas des chirurgiens anglais dus à Thompson, 9 fois l'infection purulente a emporté le patient.

Sur 345 faits des opérateurs américains recueillis par Gouley, 15 fois cette complication fut cause de l'issue fatale.

Sur 21 opérés de différents chirurgiens français dont les noms sont mentionnés dans la thèe de Dudon, la mort prit 2 fois son origine dans la pyhémie.

Dans les 121 cas que nous rapportons, pas une seule fois l'infection purulente ne s'est montrée ; sur les 64 faits empruntés aux différents recueils, nous trouvons une seule mort de pyhémie.

Si nous faisons le total de tous ces faits, en y ajoutant 108 cas de Syme, qui n'a observé qu'une seule infection purulente, 30 de Gross, de Philadelphie ; 25 des Allemands,

39 d'Atkinson et des chirurgiens de Leeds, 51 de Félix Bron, 13 de Thompson, et 12 des chirurgiens bordelais, nous arrivons au chiffre important de 1053 uréthrotomisés externes qui nous donnent 32 morts par pyhémie, soit une mortalité minime de 3 pour 100.

En outre de cet accident, la section de dehors en dedans admet encore l'érysipèle et la pourriture d'hôpital.

Ces deux complications, de beaucoup moins fréquentes et moins dangereuses que la première, ont été rarement notées; sur le grand nombre d'observations compulsées par nous, nous n'avons pu rencontrer qu'un seul cas d'érysipèle et un seul cas de pourrriture d'hôpital. Tous deux furent suivis de mort. Le premier est un opéré de Gouley; il fait le sujet de l'obs. 47 de notre statistique étrangère ; le second est un malade de Labat, dont Dudon a rapporté le cas. Chose importante à signaler, et qui montre bien l'influence du milieu nosocomial sur le développement des accidents dont nous parlons, lorsque ces deux individus furent opérés, l'érysipèle et la pourriture d'hôpital sévissaient dans les salles où ils étaient couchés.

Ces trois complications si redoutées des chirurgiens, quoique rares, suffiraient à faire, sinon à rejeter entièrement, du moins conserver seulement pour des cas bien peu fréquents, l'uréthrotomie périnéale. Cette exclusion légitime hier ne le serait plus aujourd'hui; la chirurgie contemporaine, en effet, a subi depuis quelques années une révolution immense due au génie raisonné de Lister, d'Edimbourg.

Parent et ami de Syme, c'est lui qui nous fournit les moyens de combattre le bon combat en faveur du procédé de son illustre collègue.

Lister, en effet, par la déocuverte de son pansement, en reculant les limites de l'intervention chirurgicale, a res-

treint les dangers des plaies et en a supprimé certains qu'on comptait jadis parmi les plus terribles et qui, il n'y a pas longtemps encore, faisaient le désespoir du chirurgien impuissant.

L'infection purulente, l'érysipèle, la pourriture d'hôpital, toutes complications dues à la viciation de l'air des salles nosocomiales par des germes bactéridiens, ont perdu droit de cité parmi les accidents des plaies du jour, où le pansement antiseptique a été imaginé.

Nous ne faisons pas ici de l'enthousiasme à froid, nous constatons un fait.

Comme les grandes idées qui tendent d'autant plus à être acceptées qu'elles sont plus vraies, celle de Lister a fait son chemin lentement, mais sûrement; accueillie au début en France et à l'étranger avec froideur, elle n'a pas tardé à vaincre les résistances de ses adversaires et, à part quelques rares chirurgiens, persistant dans les erreurs du passé, on peut dire qu'aujourd'hui elle est acceptée partout comme l'innovation la plus importante du siècle chirurgical.

Le temps n'est pas éloigné où nous entendions à Bordeaux les critiques les plus malveillantes être adressées à la nouvelle méthode; il était réservé à un des plus jeunes et déjà des plus autorisés chirurgiens de notre ville, le Dr Poinsot, qui sut dans cette occasion prendre pour devise ces belles paroles de Marchal de Calvi : « L'habitude de tout nier du premier coup d'œil est aussi funeste que celle de tout accepter sans contrôle, » il lui était réservé, disons-nous, de vulgariser à Bordeaux la découverte de Lister, d'Edimbourg.

Nous nous le rappelons, encore appliquant pour la première fois, en septembre 1878, le pansement antiseptique sur un enfant auquel il réséqua l'articulation du genou, à

l'hôpital des Enfants-Malades. Sa pratique heureuse et souvent rènouvelée ne tarda pas à être imitée par les opérateurs de Saint-André, qui aujourd'hui emploient tous sans exception la méthode jadis si vivement critiquée ; si leur pratique n'a pas entièrement répondu à leur attente, il ne faut accuser que la façon incomplète dont le pansement est appliqué.

C'est l'étude des faits de Poinsot (1) opérant dans un hôpital où la pourriture est à l'état endémique, sans un seul cas malheureux ; c'est l'étude des succès des chirurgiens parisiens; c'est la connaissance des heureux cas d'Eugène Bœckel, de Strasbourg ; c'est la connaissance des innombrables opérations de tout genre pratiquées par Volkmann (2) sans un seul fait de pyhémie; c'est la pratique de Socin, de Bâle, et de Linhart (3), de Wurzbourg, appliquant le pansement antiseptique dans cinquante et une grandes opérations sans un seul cas de mort imputable à la résorption des germes infectieux, qui nous permettent d'affirmer que l'infection purulente, la pourriture d'hôpital et l'érysipèle n'ont plus raison d'être rangés parmi les accidents des plaies en général et de l'uréthrotomie périnéale

(1) Voici la liste des opérations pratiquées par Poinsot :

3 résection du genou	3 guérisons.
1 résection de la hanche.	1 mort par shock.
1 résection du coude	1 guérison.
1 résection de la mâchoire inférieure. . .	1 guérison.
1 évidement du tibia	1 guérison.
1 résection métatarso-phalangienne . . .	1 guérison.
1 extirpation du calcanéum	1 guérison.
1 extirpation du cuboïde pour pied-bot . .	1 guérison.
1 extirpation de cicatrice vicieuse . . .	1 guérison.
1 extirpation de tumeur du front	1 guérison.

(2) VOLKMANN. Berliner klinische Wochenschrift, 1877, n° 40, 1er octobre.

(3) VON LINHART. Augerer. die chirurgische Klinik, im Julius-hospitale zu Wurzburg, 1876.

en particulier. C'est l'étude de tous ces faits qui justifie encore notre préférence en faveur de la section externe sur l'interne.

Car aujourd'hui avec la disparition des accidents causés par le développement des germes infectieux, il n'y a plus de raison pour admettre que la division périnéale soit une opération grave, puisque les seules morts qui pourront lui être imputées seront celles de patients ayant succombé à des lésions avancées des organes génito-urinaires ou à tout autre complication préexistante.

L'uréthrotomie interne, au contraire, en outre des morts causées par les mêmes complications, réclamera pour elle des cas malheureux ne pouvant être attribués qu'à l'emploi des manœuvres opératoires qu'elle nécessite, tels que les morts par hémorrhagie, par infiltration urineuse, par fièvre uréthrale.

Nous croyons inutile d'insister sur la manière d'appliquer le pansement listérien à l'uréthrotomie externe ; les précautions à prendre sont les mêmes que dans les autres opérations et se trouvent suffisamment indiquées dans les ouvrages traitant de la question. Nous renvoyons d'ailleurs à l'observation de notre ami Poinsot, rapportée dans notre *statistique personnelle* (obs. LI). Il a eu recours dans ce cas, avec plein succès, à la méthode des chirurgiens d'Edimbourg.

B. — Accidents dus aux conditions anatomo-physiologiques de la région chirurgicale.

1. *Infiltration d'urine.*

Constituée par le passage de l'urine dans les tissus avoisinants, l'infiltration urineuse pour être un accident rare

n'en a pas moins été observée après la section des rétrécissements; elle ne s'est jamais manifestée, et on le comprendra aisément après l'uréthrotomie externe; la section périnéale ouvrant une large voie d'excrétion au liquide vésical, il était difficile qu'il en fût autrement.

Dans l'immense majorité des cas, l'extravasation urinaire a lieu dans la loge périnéale inférieure, d'où elle se propage après avoir franchi la loge au niveau du ligament suspenseur de la verge, plus ou moins loin dans la paroi abdominale. Dans quelques cas qui doivent être excessivement rares, la marche suivie par elle n'est pas la même et le liquide, s'épanchant dans la loge supérieure ou prostatique, rompt les fibres musculaires faibles qui constituent l'aponévrose prostato-péritonéale et pénètre dans la fosse ischio-rectale; d'où il peut se répandre dans la fesse et la cuisse. Si nous insistons ainsi sur le chemin suivi par l'infiltration, c'est que nous n'avons pas pu recueillir un seul fait de cette complication se produisant au-dessus de l'aponévrose de Carcassonne en dehors de celui que nous avons observé nous-même dans la pratique de Labat; il fait le sujet de l'observation XIX; chez cet individu, qui mourut des suites, l'urine prit la voie que nous avons indiquée.

Quoi qu'il en soit de ce fait isolé, l'accident dont nous parlons s'est présenté 5 fois sur 43 uréthrotomisés internes de Saint-André ; 2 fois elle fut légère et n'eut pas de suites sérieuses ; dans 3 cas elle fut très-grave, et entraîna la mort du patient dans un cas.

Si l'on consulte les statistiques des autres chirurgiens, la proportion n'est pas considérable, quelques-uns mêmes ne l'ont jamais signalée, mais ceux qui l'ont notée ont observe des accidents effrayants..

Qu'on en juge par cette observation de Roux, de Toulon, cite cependant comme ayant été heureux en uréthrotomie

interne, parce que sur 6 opérés il a obtenu 6 guérisons? C'est un de ses succès.

Observation. — Le 27 novembre 1848, le nommé B... entre à l'hôpital, atteint d'un rétrécissement survenu à la suite d'une uréthrite ; ce n'est qu'avec peine que la bougie n° 7 de la filière Charrière peut être introduite. Les accès de fièvre suivant chaque cathétérisme, le chirurgien renonce à la dilatation préalable. Après plusieurs tentatives infructueuses, il parvient à introduire la bougie conductrice de l'uréthrotome Charrière et pratique l'uréthrotomie rétrograde le 24 décembre. Une sonde en argent n° 10 est poussée dans la vessie et immédiatement remplacée par une autre en gomme élastique, laissée à demeure.

A la suite de cette opération, des accidents locaux et généraux graves se manifestent ; infiltration urinaire ; sortie de pus abondant et fétide par les scarifications pratiquées autour de la verge ; phlegmon au côté gauche de l'abdomen et abcès à la fesse droite qui nécessitent l'un et l'autre l'évacuation du pus ; fièvre vive, délire, pendant lequel le malade enlève la sonde qu'on ne peut replacer qu'avec beaucoup de difficulté.

Au bout de six jours, tous ces phénomènes entrent dans une période régressive, de telle sorte que le dix-septième jour de l'opération, la sonde ayant été retirée, l'urine sort par le canal, sauf une petite quantité qui trouve issue par une fistule et que le vingt-deuxième jour le malade peut uriner à plein canal et sans douleur.

Le trente-septième jour, les plaies de la verge sont presque cicatrisées et tout fait espérer une prochaine guérison complète (1).

Après celle de Roux, la seule statistique qui comporte une observation d'infiltration urinaire est celle de l'hôpital d'*University College*. Sur 68 opérations, elle est notée une fois, mais sans être accompagnée du récit de ce qui s'est passé.

Toutes les observations composant les statistiques pré-

(1) Gazette des hôpitaux, 15 février 1859, p. 75. Elle se trouve aussi dans Tillaux, loco cit., p. 119.

sentées par les autres chirurgiens n'ayant pas été publiées, il nous est difficile d'affirmer qu'ils n'ont pas eu à regretter des accidents, non suivis de mort, causés par l'infiltration ; il nous est donc aussi impossible de donner la proportion véritable de cette complication dans l'uréthrotomie interne.

Nos observations et celle de Roux, de Toulon, auxquelles nous joignons celle-ci de Richard, donneront une idée satisfaisante des dégâts horribles causés par l'urine infiltrée.

Observation (1). — Chez un malade que nous avons vu à l'hôpital Beaujon, au nº 13 du premier pavillon et qui fut opéré d'un rétrécissement de l'urèthre par M. Richard, il y eut à la fois une infiltration urineuse et une hémorrhagie considérable dans la journée qui suivit l'opération. Dès le lendemain, la verge était considérablement distendue et le scrotum avait triplé de volume ; ces parties avaient en même temps pris une teinte livide, noire, par plaques.
Bientôt l'infiltration gagna la paroi abdominale et remonta du côté droit jusqu'au niveau des fausses côtes. En bas elle s'arrêtait à la racine de la cuisse. Des accidents généraux effrayants se déclarèrent les jours suivants. M. Richard pratiqua successivement huit larges incisions ; enfin l'infiltration s'arrêta le cinquième jour ; mais à la chute des eschares, au douzième jour après l'opération, le malade eut la verge complétement privée de peau dans la moitié latérale droite ; les tuniques du scrotum du côté droit furent également désorganisées et le testicule se trouva à nu au fond de la plaie. Après une suppuration fort longue, le malade guérit ; mais il conserva une cicatrice vicieuse qui ne pouvait lui permettre qu'une érection très-incomplète, et il y eut de plus une fistule pénienne d'un centimètre de long à la racine de la verge. C'est dans cet état qu'il quitta l'hôpital.

Les partisans de l'uréthrotomie interne ont prétendu que l'infiltration urineuse résultait de ce qu'on n'avait pas soin de maintenir une sonde à demeure dans le canal, et que lorsque l'écoulement de l'urine était ainsi assuré cet

(1) Bétancourt. Indications et contre-indications de l'uréthr. interne Thèses de Paris, 1866, p. 8.

accident n'était plus à redouter; c'est l'opinion de Guyon exprimée par ses élèves, Reverdin (1) et Martinet (2), et celle de Gosselin (3) qui, pour plus de sécurité, ont pensé à ne pas fermer l'ouverture antérieure de la sonde, de façon à permettre au liquide urinaire de s'écouler au fur et à mesure de sa production dans un urinal placée entre les cuisses du patient.

Cette opinion peut être vraie dans la majorité des cas, mais elle ne semble pas l'être dans tous, puisque nous avons observé l'infiltration d'urine chez les malades de Labat chez lesquels ces précautions avaient été prises. Gouley (4) d'ailleurs a depuis longtemps rejeté la sonde à demeure et n'a jamais eu affaire à cet accident chez ses uréthrotomisés internes.

Que ce soit pour une raison ou pour une autre, l'infiltration d'urine doit être rangée parmi les complications terribles de la section de dedans en dehors des rétrécissements, et sur ce point encore l'uréthrotomie périnéale où elle n'a jamais été, conserve tous ses avantages.

A côté de l'extravasation urineuse prennent leur place les abcès et le sphacèle des tissus qui en sont la conséquence obligée, lorsque l'urine s'est épanchée dans une grande étendue de tissu.

2. *Accidents fébriles.*

Toute opération quelque légère qu'elle soit, pratiquée sur le canal de l'urèthre, peut entraîner à sa suite des accidents particuliers de fièvre caractérisée par un frisson plus

(1) REVERDIN. Loc. cit., p. 18.
(2) MARTINET. Loc. cit., p. 26.
(3) GOSSELIN. Clinique de la Charité.
(4) GOULEY. Loc. cit., p. 83 et seq.

ou moins intense et plus ou moins long, par une élévation de la température, par des accidents de délire.

Le cathétérisme le plus simple, la dilatation la mieux faite donnent naissance à ces accès fébriles qu'on observe beaucoup plus souvent après les opérations sanglantes pratiquées sur le canal de l'urèthre ; elles constituent dans ce cas des accidents légers, mais quelquefois redoutables de l'intervention avec l'instrument tranchant.

Admettant comme démontrée la théorie qui voit dans ces accès une intoxication due à la résorption de produits septiques d'une urine plus ou moins altérée, il nous est facile de comprendre pourquoi, de même que l'infiltration d'urine, la fièvre uréthrale est beaucoup plus fréquente et surtout plus grave dans la procédé de la méthode sanglante qui ouvre l'urèthre de dedans en dehors, laissant une seule voie d'excrétion possible, que dans celui qui ouvre le même conduit de dehors en dedans fournissant ainsi à l'urine altérée une large voie d'excrétion.

Nous avons noté cet accident dans presque tous les cas d'uréthrotomie interne pratiquée à l'hôpital Saint-André ; il s'est montré après l'opération, malgré la présence d'un cathéter dans la vessie, dans le plus grand nombre des cas ; sur 33 faits, il n'a pas eu de suite grave et s'est borné à l'apparition du frisson précurseur suivi de la réaction inflammatoire ordinaire, mais, dans 5 cas, il a eu une terminaison fatale, c'est même la fièvre urineuse qui entre pour la plus grande part dans la mortalité observée à l'hôpital Saint-André.

Les autres observateurs ont signalé dans leur statistique d'uréthrotomies internes les mêmes accidents fiébriles, mais dans deux cas seulement la mort a suivi ; l'un appartient à Barbosa, de Lisbonne, l'autre à Gosselin.

Nous résumons le commencement de l'observation de ce dernier.

Gabriel Goujon, 43 ans, carrier. Rétrécissement blennorrhagique remontant à une vingtaine d'années. Traité une première fois par Gosselin au moyen de la dilatation temporaire il y a cinq années. Ayant omis de se sonder depuis plusieurs mois, la difficulté d'uriner est revenue plus grande que jamais.

Le 24 janvier 1863, M. Gosselin, constatant une étroitesse telle du canal qu'il parvient à peine à faire pénétrer une bougie du plus fin diamètre, décide d'employer l'uréthrotomie interne qu'il met en usage le surlendemain avec la lame de Maisonneuve.

Après l'opération, il s'écoule quelques gouttes de sang. On remarque, en même temps, qu'un peu d'urine sort du canal immédiatement après l'opération et indépendamment de la volonté du malade. M. Gosselin fait observer à ses élèves que c'est là une circonstance fâcheuse, mais comme l'urine est sortie en petite quantité, il espère que les accidents, s'ils se montrent, seront pourtant légers. Une grosse sonde, n° 24, est introduite dans la vessie et fixée à demeure. Elle est destinée, en remplissant complétement le canal, à ne laisser l'urine s'échapper que par la lumière de la sonde et par conséquent à l'empêcher d'être absorbée par la plaie du canal. C'est la première fois que M. Gosselin se sert de ce procédé, il appartient à M. Maisonneuve. Il avait jusqu'ici l'habitude de préparer seulement son malade par le grand bain, la tisane de pariétaire, etc. Mais, après l'opération, il laissait l'urèthre sans sonde.

Mardi, 27 janvier. Le malade a eu hier un frisson qui a duré deux ou trois heures et qui a commencé immédiatement après l'opération. Le frisson a été suivi de fièvre, et il a été agité toute la nuit. Le matin, le pouls est assez fréquent, la figure du malade fatiguée, cependant il se trouve mieux que la veille.

28 et 29. La fièvre diminue et le pouls de 84 tombe à 66. Cependant le malade est encore fatigué; il n'a pas d'appétit; il se plaint d'une céphalalgie continuelle qui lui ôte tout sommeil. Il urine d'ailleurs facilement avec sa sonde. M. Gosselin retire cette dernière.

Les jours suivants, le mieux semblait se prononcer de plus en plus, l'appétit commençait à revenir et nous avions déjà grand es-

poir de guérison, lorsque le vendredi 6 février, nous constatons que l'état du malade a changé défavorablement. La figure est inquiète ; la peau chaude et âcre ; le pouls à 100 ; le ventre est ballonné ; le malade a un peu de délire tranquille.

Le 7. L'état est le même ; il y a un léger frisson dans la journée.

Le 8. Le malade a le délire ; le pouls est très-fréquent, le ventre plus ballonné que les jours précédents ; la peau couverte d'une sueur visqueuse a une teinte jaunâtre. M. Gosselin dirige ses recherches vers la région périnéale et il constate un peu de gonflement au niveau de la région du bulbe.

Lundi, 9. Le malade urine par regorgement ; la prostration se prononce de plus en plus, le gonflement phlegmoneux du périnée est plus considérable, mais ne présente pas de fluctuation.

Le 10. Le pouls est d'une fréquence extrême ; le ventre très-ballonné ; le délire est devenu continuel, notre pauvre malade est tourmenté d'un hoquet de mauvais augure, et la mort arrive à dix heures du matin.

Autopsie le 11 février 1863. A l'autopsie faite le lendemain, on trouve un phlegmon du périnée communiquant avec l'urèthre. Il n'y a pas d'abcès métastasiques dans la plupart des autres organes, mais il y a dans les reins une foule de petits points purulents. Rien dans le bassinet ni dans les calices. La muqueuse vésicale est ramollie et ne présente que quelques ecchymoses. Nous pouvons dire que cet homme est mort d'une infection urineuse, caractérisée pendant la vie par des symptômes d'infection purulente que nous avons observés, et ayant pour lésions anatomiques ces petits foyers purulents des reins (1).

Quant à l'opéré du chirurgien portugais, il succomba au neuvième jour de l'opération avec lee symptômes de l'infection urémique. Avouons cependant que le patient était dans un état cachectique avancé, d'après Barbosa (2).

On a proposé pour lutter contre les accidents fébriles de laisser la sonde à demeure de façon à éviter le contact

(1) Tillaux. Thèse de concours d'agrégation.
(2) Barbosa. Loc. cit., p. 17.

de l'urine sur la plaie vive ; on a préparé le patient à l'opération par des médicaments diurétiques de façon à faire disparaître l'alcalinité des urines et rendre leur absorption moins septique ; rien n'y a fait et les opérés de Guyon comme ceux des autres ont eu des accès de fièvre plus ou moins violents, comme le démontre la lecture des observations rapportées par Martinet et Reverdin.

Nous ne voulons pas dire par là que le traitement préparatoire à l'opération soit une mauvaise chose, mais qu'il est évidemment inefficace dans certains cas ; quant à la sonde à demeure après section interne ou externe des strictures elle ne nous semble pas si indispensable qu'on veut bien le prétendre ; bien des opérateurs, parmi lesquels nous citerons en première ligne Gouley, de New-York, et Félix Brou, de Lyon, y ont complètement renoncé et n'ont eu qu'à se louer de cet abandon.

Les avantages et les désavantages de la sonde à demeure nécessiteraient un long chapitre qui d'ailleurs sortirait du cadre de notre travail. Nous laissons à d'autres le soin de l'écrire.

3. *De l'impuissance génitale.*

Dans cet article nous désirons appeler l'attention des chirurgiens sur un acccident de l'uréthrotomie périnéale qui semble devoir être des plus rares, si l'on songe que nous n'avons pu en recueillir qu'un seul cas dans les annales de la science ; celui-là et un autre observé par nous même à Bordeaux constituent les deux seuls faits, que nous connaissions, d'impuissance génitale succédant à la section interne d'un retrécissement uréthral.

La première observation est rapportée par Edward Atkin-

son, chirurgien du *General Infirmary* de Leeds, dans le *British medical Journal* du 16 mars 1878, p. 361.

Voici l'observation :

« Le patient était un jeune commerçant âgé de 35 ans, qui me consulta pour un rétrécissement serré et quelque peu oblique situé à la jonction des portions spongieuses et membraneuses du canal. Aucun instrument métallique ne put passer, mais après de nombreux essais, j'introduisis une sonde molle à boule n° 3 ; les n°s 4 et 5 franchirent ensuite le rétrécissement dans les séances suivantes. Je ne pus dépasser ce numéro ; en outre de la résistance de la stricture et de son obliquité, l'urèthre était si sensible, que chaque fois que l'instrument était employé même avec les plus grandes précautions on amenait l''écoulement sanguin; le patient souffrait ensuite pendant vingt-quatre heures et plus. Je résolus alors de diviser la stricture, et pour ce faire, je pratiquai la section périnéale ainsi que je l'ai décrite plus haut (procédé de Weelhouse) en septembre 1875. Le bulbe fut fendu et la moitié antérieure de la portion membraneuse divisée sur la ligne médiane. La stricture fut nettement incisée et le gorgeret à extrémité boutonnée ayant servi à dilater la partie postérieure, un cathéter en argent de gros calibre fut porté le long de sa cannelure jusque dans la vessie où il fut laissé en place pendant trente heures. Ensuite il fut introduit tous les deux jours pendant une quinzaine, puis deux fois par semaine durant une nouvelle quinzaine ; à ce moment, l'opéré partit pour la campagne, mais il eut soin de venir me trouver une fois toutes les semaines ou tous les dix jours pour se faire sonder. La plaie périnéale se ferma trois semaines après l'opération, et il ne ressentit plus aucun symptôme pénible, l'urine s'écoulait entièrement par l'urèthre.

Six mois après ce jeune homme se maria, et en avril 1876 il se présenta à moi se plaignant de ne pouvoir satisfaire l'acte du coït. Il accomplissait bien l'acte, mais la force éjaculatoire lui faisait défaut. Le liquide séminal s'écoulait, ou plutôt, suivant son expression, *suintait* sans aucune sensation de propulsion. Je supposai que ce phénomène était produit par la récidive de la coarctation, mais j'introduisis une bougie sans difficulté et il pissa après avec un jet suffisamment volumineux. Je l'encourageai dans l'espoir qu'il re-

couvrerait le pouvoir d'éjaculer avec le temps et lui recommandai de s'abstenir de coït pendant quelque temps; mais plusieurs mois plus tard il revint avec la même histoire et plus soucieux qu'avant parce qu'il n'avait aucune espérance de voir son union devenir féconde. »

Le fait que nous rapprocherons de ce cas est celui de l'opéré dont nous avons parlé dans l'observation XLIX de notre *statistique personnelle.* Uréthrotomisé par Labaten.

Octobre 1876, il courut des dangers sérieux auxquels il échappa mais il perdit la faculté d'entrer en érection ; chaque fois qu'il a voulu se livrer au coït il est resté impuissant malgré de violents désirs.

Nous avons revu souvent cet opéré qui conserve toujours une fistulette périnéale, son état, qui l'inquiétait beaucoup depuis deux ans et quelques mois qu'il durait, s'est cependant modifié dans ces derniers jours où il a vu avec plaisir disparaître en partie son infirmité malheureuse; l'érection et l'éjaculation se sont produites dans une nouvelle tentative de coït.

L'accident décrit, quelle peut en être la cause ?

Atkinson acceptant comme démontrée la théorie de Kuss, de Strasbourg, qui refuse le pouvoir éjaculatoire au musle bulbo-caverneux pour l'accorder au muscle de Wilson, croit pouvoir trouver dans la lésion de cet organe ou du nerf qui le dessert, plutôt que dans la division du bulbe et du bulbo-caverneux, l'explication de la perte de l'éjaculation. En supposant la raison vraie pour le cas d'Atkinson il restera toujours à expliquer l'absence d'érection notée chez notre malade. Laissant à d'autres le soin d'en rechercher le motif, nous noterons simplement le fait clinique qui est important en ce sens qu'il nous prouve, que même après un temps fort long l'impuissance acquise à la suite de la section périnéale peut disparaître complétement.

4. *Accidents dus à l'emploi de l'uréthrotome de Maisonneuve.*

En outre des accidents consécutifs à l'incision interne des rétrécissements, il en est d'autres provoqués par l'instrument dont le chirurgien se sert ; ils sont souvent très-graves, quelquefois même mortels, et tiennent à la forme de l'uréthrotome mis en usage ; ils pourraient être sinon entièrement du moins en partie évités en s'adressant à des instruments diversement modifiés et ne réclameraient pas de notre part une étude particulière, si nous ne trouvions l'indication d'en parler dans ce fait que l'uréthrotome le plus en vogue actuellement tant en France qu'à l'étranger est celui-là même qui les provoque presque toujours : nous parlons de celui de Maisonneuve.

Les accidents provoqués par cet instrument peuvent dépendre des trois parties qui la composent, la lame, la baleine conductrice ou le tube cannelé.

1° La lame tranchante dans toute son étendue, sauf au sommet qui est mousse, a pour but d'inciser le rétrécissement en épargnant les parties saines du canal ; or, ce but n'est pas toujours atteint et les observations les plus démonstratives sont là pour prouver le contraire.

C'est ainsi que Voillemier a cité le fait d'un individu dont la muqueuse uréthrale refoulée par la lame fut incisée en six endroits différents qui devinrent le siége d'autant de rétrécissements consécutifs (1).

Dolbeau (2) rapporte trois observations encore plus concluantes ; elles se passent de commentaires.

(1) Tillaux. Loc. cit., p. 89.

(2) Dolbeau. Leçons de clinique chir. de l'Hôtel-Dieu. Paris, 1867, p. 327.

A l'autopsie du premier opéré « sur toute la paroi supérieure de l'urèthre existait une longue incision commençant au méat et arrivant jusqu'au col de la vessie. Cette incision était superficielle, elle n'avait guère que 2 millimètres de profondeur, sauf au niveau du point occupé par le rétrécissement; là l'incision avait 4 millimètres de profondeur.

Le second (1) malade, uréthrotomisé à l'hôpital Beaujon avec l'appareil de Maisonneuve par un chirurgien dont personne ne dit le nom, succomba à la suite des manœuvres opératoires; les pièces anatomiques recueillies par un interne des hôpitaux démontrèrent que le canal avait été incisé dans toute sa longueur, y compris le col de la vessie; le *rétrécissement seul avait été respecté par la lame.*

Dans un troisième cas, une grosse artère du col de la vessie atteinte par le tranchant donne lieu à une hémorrhagie abondante qui entraîna la mort du patient (2).

Les partisans de l'uréthrotome de Maisonneuve, et ceux-là sont presque tous les uréthrotomistes internes, ont cherché la réponse à ces accidents dans des expériences entreprises sur le cadavre, ils ont promené la lame dans toute l'étendue du canal sans entamer la muqueuse et en ont conclu au même fait sur le vivant; les connaissances anatomo-physiologiques de l'urèthre ne se prêtent pas à cette assimilation, et avec Dolbeau nous comprenons difficilement qu'un canal entouré de toute part par des fibres musculaires essentiellement contractiles sur le vivant présente des conditions identiques après la mort et permette des conclusions vraies.

Du reste, prenons les expériences de MM. Bracou et Tillaux, et nous verrons que le premier a trouvé quelquefois une incision au niveau de la région membraneuse; le se-

(1) VOILLEMIER. Loc. cit., p. 269, et Dolbeau, loc. cit., p. 327.
(2) DOLBEAU. Loc. cit., p. 327.

cond des éraillures de la muqueuse ; ce qui explique suffisamment que sur le vivant quand le canal se contracte violemment sur la lame il peut être incisé dans une étendue plus ou moins grande. Reverdin cependant s'autorisant de ces expériences croit pouvoir affimerque le fait est certainement exceptionnel quand il se produit. Chose bien propre à surprendre néanmoins, il écrit quelques lignes plus loin que les autopsies de MM. Perrin et Gaujot démontrent « que la lame à sommet mousse remplit *le plus souvent le but* et incise les parties rétrécies seules. » Il y a donc bien des cas pour lui où l'on ne saurait accorder une grande confiance à l'uréthrotome de Maisonneuve (1) ?

Les expériences cadavériques de MM. Tillaux et Bracou sont aussi contrôlées par celles de Voillemier, qui, malgré toutes les précautions prises pour éviter le refoulement de la muqueuse et par suite la section, a noté à l'ouverture de l'urèthre des incisions de 1 à 2 centimètres de long, les unes superficielles, les autres pénétrant jusqu'au tissu spongieux.

2° La bougie conductrice peut également provoquer des accidents sérieux soit en ne pénétrant pas dans la vessie et en se repliant en avant du rétrécissement, et alors elle sera infailliblement coupée par la lame de l'uréthrotome, soit en entrant dans une fausse route persistante et en laissant croire au chirurgien qu'il est dans la bonne voie, alors qu'il est en dehors de l'urèthre ; on comprend facilement les résultats d'une pareille erreur ; les uns ont nié sa possibilité, les autres l'ont admise en l'attribuant à l'inexpérience de l'opérateur. Nous ne pouvons penser ainsi et ceux-là ne peuvent pas être des chirurgiens inexpérimentés, dont on n'ose citer les noms.

(1) Reverdin. Etude sur l'uréthrotomie interne Paris, 1871, p. 23.

« J'ai connaissance, dit Dolbeau, d'une observation dans laquelle l'uréthrotome n'a pu conduire jusque dans la vessie ; on a été dans l'obligation de faire une incision au périnée pour remédier aux accidents et pour chercher en même temps le canal de l'urèthre (1). Une autre fois, la lame poussée sur le cathéter qu'on croyait dans la vessie est venue se montrer au périnée en avant de l'anus. »

Voillemier se tait également sur le nom d'un chirurgien de Paris qui, se croyant parvenu dans la vessie, achève l'opération, agrandissant en même temps la fausse route dans laquelle il était engagé ; une hémorrhagie abondante se produisit, des accidents graves se déclarèrent et le patient succomba.

Félix Bron, de Lyon (2), a le courage d'avouer que la bougie conductrice repliée en avant de la stricture a été sectionnée par la lame de l'uréthrotome de Maisonneuve dont il se servait.

« Confiant, dit-il, dans l'habitude que j'ai du cathétérisme, j'ai cru un moment que grâce à elle (la bougie conductrice) je ne rencontrerais plus d'obstacle. J'ai gardé cette illusion jusqu'au jour où elle s'est repliée sur elle-même après avoir franchi un premier rétrécissement chez un malade de la rue de la Reine. Mon instrument, par une de ces bizarreries particulières à l'urèthre, a pénétré quand même dans la vessie, après avoir doublé la bougie sur son passage ; et quand j'ai cru inciser le rétrécissement, j'ai coupé ma bougie. Heureusement que ce fragment, accroché par l'uréthrotome, est venu avec lui. S'il m'a fait plaisir à voir, il m'a désillusionné sur sa valeur conductrice. Cet accident a dû arriver à d'autres chirurgiens, car M. Reliquet s'est cru obligé de réfuter surtout cette crainte

(1) Dolbeau. Loc. cit.

(2) Lyon Médical, 13 octobre 1872, n° 21.

et M. Philipps dont il invoque le témoignage le rejette sur l'opérateur. J'aurais voulu voir M. Reliquet et M. Philipps, l'un contrôlant l'autre auprès du malade dont je viens de parler, ils eussent été moins absolus dans leur appréciation. Quant à moi j'ai depuis abandonné sans regret un conducteur aussi infidèle. »

Il n'arrive pas seulement à la bougie d'être sectionnée, quelquefois elle reste dans la vessie, ainsi que Sédillot, qui n'était pourtant pas un opérateur peu habile, l'a observé dans sa pratique (1).

3° La différence de volume entre le tube cannelé et la bougie conductrice occasionne parfois l'arrêt du premier au niveau du point rétréci et nécessite des efforts plus ou moins violents pour achever son introduction, efforts qui peuvent amener la rupture de l'instrument dans le canal. Icard (2) dans sa thèse inaugurale rapporte un cas semblable.

Tous ces faits réunis sont bien propres, nous l'espérons, à faire voir les dangers résultant de l'emploi de l'uréthrotome de Maisonneuve ; quelques-uns tels que la section des parties saines de l'urèthre pourront peut être être évités, en protégeant la lame ainsi que beaucoup se sont ingéniés à le faire ; mais d'autres tels que la section ou la perte dans la vessie de la bougie conductrice, tels que la rupture de l'instrument, seront encore susceptibles de se produire avec n'importe quel uréthrotome, et nécessiteront alors l'ouverture périnéale qu'il aurait été plus simple d'employer de suite pour le traitement de la coarctation.

(1) Sédillot. Traité de médecine opératoire. 4e édit.. t. II, 1870, p. 649.

(2) Icard. Des rétrécissements de l'urèthre. Thèses de Paris, 1858, p. 30.

CHAPITRE IV.

Résultats éloignés fournis par la méthode sanglante.

Les résultats éloignés fournis par la méthode sanglante viennent-ils compenser les dangers nombreux et graves qu'elle fait courir au patient, et celui-ci doit-il trouver dans une guérison durable la juste satisfaction des chances diverses qui ont mis sa vie en jeu ? La méthode sanglante, en un mot, est-elle à l'abri de la récidive ?

C'est à l'étude de cette question importante que nous consacrons ce chapitre.

Tout d'abord l'identité parfaite existant entre les phénomènes anatomo-pathologiques des strictures si bien étudiés par Alphonse Guérin (1), par sir Henry Thompson (2) et par Voillemier (3), et les lois qui régissent les cicatrices succédant aux brûlures ; tout d'abord, dis-je, l'identité entre ces deux processus est là pour faire vite rejeter au chirurgien l'espérance d'une guérison radicale, malgré les

(1) A. Guérin. Des rétréc. du canal de l'urèthre. Mém. de la Soc. de chir., mai 1854.

(2) Henry Thompson. The pathology and treatment of stricture of the urethra, 3e édit. London, 1866, p. 52 et seq.

(3) Voillemier. Traité des maladies des voies urinaires. Paris, 1868, pp. 99 et seq.

Quant à la thèse de Jose Pro sur l'Anat. patholog. des rétréc. de l'urèthre, que certains auteurs citent encore comme une des meilleures monographies sur ce sujet, c'est un plagiat honteux du livre de Thompson qu'il a transcrit en français *textuellement*. Verneuil a fait justice de cet acte depiraterie scientifique. (Bull. de la Soc. de chir.).

affirmations contraires des partisans de la méthode sanglante.

Mais cette preuve ne suffirait pas et l'on pourrait nous répondre qu'à la clinique seule appartient le droit de décider de la question. Nous le pensons aussi, et c'est en nous adressant à elle que nous répondrons d'une façon largement satisfaisante.

Dès les premiers jours de son invention les adversaires de la section des retrécissements s'étaient élevés contre elle, en appuyant leur conclusion sur ce fait que nombre de malades ainsi traités avaient vu revenir leur infirmité aggravée par la rétraction cicatricielle des plaies produites par l'instrument tranchant. Nous avons fait ressortir dans notre historique l'appréciation de ces chirurgieus; aussi ne reviendrons-nous pas sur leurs allégations.

Reybard, en 1833, crut trouver la cause de la rétraction et de la récidive dans l'insuffisance des incisions pratiquées, et, pour échapper aux reproches formulés contre les scarifications il étendit les dimensions de l'incision au delà des limites de la lésion en longueur et en profondeur. Les bords de la grande plaie ainsi formée s'écartaient « à la manière des fibres d'un muscle coupé (1), » et laissaient entre elles un intervalle considérable pour la cicatrice intermédiaire qui s'ajoutait aux parois de l'urèthre (comme une pièce rapportée). Nous sommes bien loin avec Reybard des petites incisions d'aujourd'hui, et cependant malgré les prévisions du chirurgien lyonnais, malgré le traitement dilatateur consécutif auquel il soumettait ses opérés pour empêcher le rapprochement des lèvres de la plaie, de nombreuses récidives vinrent démontrer la fausseté de la

(1) Reybard. Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urèthre. Paris, 1853, p. 383.

théorie et rappeler aux chirurgiens l'analogie entre le tissu de nouvelle formation interposé et celui des cicatrices.

Du reste, c'est après des expériences pratiquées sur les chiens et mal interprétées par lui que Reybard, qui avait pu affirmer « que les plaies longitudinales de l'urèthre, qui, *se réunissant par première intention*, ne doivent et ne peuvent produire aucun rétrécissement du canal (1), » crut qu'il en était de même des plaies produites dans un urèthre où des produits inflammatoires s'étaient déposés, à la condition de s'opposer à la réunion des bords de la solution de continuité.

Nous ne croyons pas inutile de rappeler ces expériences ici, car elles nous feront comprendre comment, ce que le chirurgien de Lyon ne pouvait obtenir avec ses grandes incisions, les uréthrotomistes de nos jours ne peuvent avoir la prétention de l'obtenir avec les incisions limitées auxquelles ils ont recours. Elles nous feront voir de plus que la récidive doit être la règle après la section du point rétréci.

Reybard prenait quatre chiens ; chez deux existait un retrécissement produit par la section transversale de l'urèthre ; chez deux autres la coarctation expérimentale était déterminée par la cautérisation avec le nitrate d'argent ; à l'aide de son uréthrotome il incisait alors largement dans le sens longitudinal le rétrécissement et empêchait la réunion des lèvres de la plaie en introduisant régulièrement, soir et matin, pendant huit jours, des sondes qu'on retirait presque aussitôt après leur introduction. Toutes ses précautions ainsi prises pour faciliter le développement d'une cicatrice intermédiaire rétractile, il attendit quelques mois et abattit alors les animaux soumis à l'expérience.

(1) REYBARD. Loc. cit., p. 346.

Or, voici ce qu'on trouva dans le canal de l'urèthre de chacun d'eux. Je laisse la parole à Reybard (1), en soulignant seulement les passages importants. « Chez les deux chiens atteints de rétrécissement à la suite de cautérisation, le canal s'est offert, *à peu de chose près*, aussi libre qu'avant l'application du caustique ; cependant au lieu de la sonde 6 *millim.* 2 *tiers*, avec laquelle on avait pratiqué la dilatation immédiatement après l'opération, il n'en admettait qu'une de 5 *millim.* 1 *tiers*. Malgré cette différence dans le degré d'élargissement du canal, *nous avons considéré la guérison comme permanente* chez ces deux premiers animaux. »

Au bout de deux mois également, sur les deux chiens atteints de retrécissements par le fait de la section transversale de l'urèthre, le diamètre du canal a été trouvé *retréci à un plus haut degré*. En effet, au lieu *de la bougie de* 5 *millim.* 2 *tiers*, avec laquelle nous avions fait la dilatation immédiatement après l'opération, il n'admettait plus qu'une *bougie de* 2 *millimètres*.

Ce sont ces expériences ainsi suivies de récidive de la coarctation *au bout de deux mois* qui ont servi à Reybard pour l'édification de sa théorie de la cure radicale et permanente des retrécissements de l'urèthre ; c'est à elles qu'on fait partout allusion comme démontrant la non-rétractilité des plaies longitudinales du canal retréci.

L'étude de ces expériences faites chez les animaux nous suffit déjà pour présumer ce qui doit survenir chez l'homme à la suite de la section soit interne, soit externe des strictures. La clinique, loin de les démentir, les contrôle en les confirmant.

Interrogeons nos statistiques ; sur le grand nombre d'observations publiées dans lesquelles le malade a été revu,

(1) Reybard Loc. cit., p. 348.

dans l'immense majorité des cas la récidive s'est produite en un temps plus ou moins long après l'intervention. Chez quelques malades cependant le canal était encore libre. Mais ces quelques faits, dans lesquels le récit du malade a suffi au chirurgien pour l'affirmation du maintien de la guérison, sont insuffisants pour détruire la vérité de cet axiome déjà posé par Tillaux (1) : « *La récidive est la règle.*

a. Uréthrotomie interne.

Sur 46 opérés des chirurgiens bordelais, 2 seulement ont été revus après l'opération ; la récidive existait chez tous les deux.

Chez le premier (obs. I) elle se montra 10 mois après l'uréthrotomie interne et nécessita une nouvelle opération.

Le second individu eut deux récidives consécutives à deux opérations ; la première s'établit au bout de 36 mois ; la seconde au bout de 12 mois.

Il faut rapprocher de l'histoire de ces malades celle de trois autres opérés chez lesquels la coarctation se reproduisit au bout de quelques jours.

Si nous jetons maintenant les yeux sur les observations nombreuses des différents uréthrotomistes internes, nous constaterons la récidive toutes les fois que les malades ont été revus.

Nous croyons faire œuvre utile en donnant un résumé très-abrégé de ces cas ; ils serviront à démontrer qu'après l'uréthrotomie interne le bénéfice apporté par l'opération est de très-courte durée.

1. B... (Benjamin), 51 ans. Deux uréthrotomies internes en 1863 par Civiale ; ne se sonde pas ; récidive en 1865, abcès urineux, incision, deux nouvelles uréthrotomies.

(1) Tillaux. Loc. cit., p. 152.

Entré en mai 1869 dans le service de M. Guyon; nouvelle uréthrotomie. (Reverdin, *Etude sur l'uréthrotomie interne*, Paris, 1871, obs. XII, p. 124.)

2. S... (Pierre), 39 ans. Uréthrotomie interne à époque indéterminée par Cullerier, à Saint-Louis; récidive au bout de 18 mois; uréthrotomie par Civiale; nouvelle récidive, malgré les précautions que prend le malade de se sonder au bout de deux ans; troisième uréthrotomie interne par Guyon. (Reverdin, l. cit., obs. XV, p. 131.)

3. La... (Jean), 55 ans. Uréthrotomie interne par Civiale en 1861; récidive au bout de quelques mois; deuxième uréthrotomie par Guyon en 1869. (Reverdin, l. cit., obs. XVII.)

4. Lo... (Hilaire), 35 ans. Uréthrotomie interne par Civiale en 1866; puis on passe les trois cathéters; il sort en très-bon état; on continue à passer les cathéters, mais il survient de l'uréthrite et l'écoulement fini on ne peut passer que la bougie 16; récidive malgré dilatation continuée tous les huit jours d'abord, puis tous les mois. Deuxième uréthrotomie interne par Guyon en 1869. (Reverdin, l cit., obs. XXI, p. 147.)

5. M... (Amédée). Uréthrotomie interne par Guyon le 1er octobre 1869; le 19 novembre suivant, récidive; le malade entre chez Désormaux, qui fait deux fois l'uréthrotomie à l'endoscope; l'une de ces opérations est compliquée d'une hémorrhagie abondante. (Reverdin, l. cit., obs. VI.)

6. S..., âgé de 36 ans. Uréthrotomie en 1863 par Maisonneuve; récidive complète en 1873; le malade ne s'est pas sondé. (Martinet, *Etude clinique sur l'uréthrotomie interne*, Paris, 1876, obs. V, p. 55.)

7. J..., âgé de 51 ans. Uréthrotomie interne en 1851 par Civiale; récidive en 1871; nouvelle uréthrotomie par Guyon. (Martinet, l. cit., p. 57.)

8. B..., âgé de 57 ans. Uréthrotomie interne par Guyon le 2 août 1874 ; exeat passant, le nº 35 Béniqué ; récidive le 6 mai 1876, le nº 12 peut seul franchir la coarctation. (Martinet, l. cit., obs. X, p. 60.)

9. J.., âgé de 56 ans. Uréthrotomie interne par Guyon en avril 1873 ; récidive en octobre 1874 ; deuxième uréthrotomie par Guyon. (Martinet, l. cit., obs. XXIII, p. 72.)

10. M... (L.), 47 ans. Uréthrotomie interne le 14 avril 1865 par M. Duplouy, de Montpellier ; un an après l'opération le rétrécissement était redevenu rigide, assez serré pour n'admettre qu'une bougie nº 6. (Epron, *De l'uréthrotomie interne.* Th. Montpellier, 1870, n 66, obs. III, p. 37.)

11. Colombel (Auguste), 24 ans ; uréthrotomie externe à Montevideo en 1863 ; récidive en 1864 ; nouvelle uréthrotomie externe, nouvelle récidive en 1865. (Epron, l. cit., obs. XI, p. 39.)

12. G. Médard, 42 ans ; début de rétrécissement à l'âge de 26 ans.
Uréthrotomie interne par Désormaux en mars 1864.

Le malade quitte l'hôpital passant les numéros élevés des sondes en étain. L'opéré ne continu pas l'usage de la dilatation.

Récidive de la coarctation en septembre 1864, cinq mois après la première opération. Le malade se sonde pendant quelque temps, puis rentre de nouveau à Necker où il est de nouveau uréthrotomisé par Voillemier d'arrière en avant avec l'uréthrotome à olive. (A. Mollien, Thèse de Paris 1867, nº 103, obs. I, p. 28.)

13. P... (Nicolas) a été uréthrotomisé en janvier 1864 par M. Gosselin.

Six mois plus tard, des accidents identiques à ceux qui l'avaient fait entrer à la Pitié se manifestent.

Deuxième uréthrotomie interne en juillet 1864 par Civiale. (A. Mollien, l. cit., obs. III, p. 31.)

14. B... (Alphonse), rétrécissement blennorrhagique traité en 1849 par la dilatation ; sort de l'hôpital Cochin urinant bien ; qua-

tre ans d'amélioration, jusqu'en 1853, bien que le malade se soit abstenu de se sonder.

Uréthrotomie interne en 1853 par Maisonneuve à la Pitié.

Récidive en 1855. Nouvelle uréthrotomie interne à cette époque par Maisonneuve.

Le malade, en se passant de temps en temps des bougies, est parvenu à maintenir son canal en assez bon état jusqu'en 1863. Depuis cette époque la miction redevient difficile et ce n'est pas sans peine (22 octobre 1865) qu'on parvient à introduire une bougie nº 16 de la filière Charrière. (A. Mollien, l. cit., obs. V, p. 32.)

15. S..., (Jules), 82 ans, menuisier. Vers l'âge de 39 ans, symptômes de rétention d'urine ; abcès urineux, fistules ; traitement par la dilatation ; guérison pendant dix-huit ans. A 57 ans, nouveaux accident ; dilatation, guérison pendant quatre ans. A 61 ans, uréthrotomie interne par Maisonneuve.

Le malade quitte l'hôpital au bout de cinq jours, mais est forcé d'y rentrer un mois après.

Nouvelle uréthrotomie interne.

Récidive au bout d'un an. (A. Mollien, l. cit., obs. IX, p. 35.)

16. P... (Antoine), 40 ans ; début du rétrécissement à 23 ans ; dilatation ; guérison pendant quatorze ans.

Uréthrotomie interne en avril 1863 par Gosselin.

Récidive en août 1865 au bout de vingt-sept mois. (A. Mollien, l. cit., obs. XI, p. 37.)

17. S... (Ernest), 25 ans ; uréthrotomie interne en octobre 1864 à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Desgranges.

Récidive six mois après l'opération, *bien que le malade passât des sondes à peu près quatre fois la semaine*. (A Mollien, l. cit., obs. XII, p. 37.)

18. R... (Charles), 51 ans ; rétention d'urine à l'âge de 30 ans ; dilatation temporaire pendant son séjour à l'hôpital militaire de Contantine ; maintien de la guérison pendant quinze ans.

A 45 ans, rétention d'urine ; abcès et fistule périnéale ; trois uréthrotomies internes pratiquées par Civiale au mois de février de l'année 1867. Il quitte l'hôpital passant une sonde volumineuse.

Revu en mai 1867, le canal commence à se rétrécir de nouveau, bien qu'il se soit passé de temps à autre des bougies ; une sonde nº 12 de la filière Charrière passe avec peine à travers le rétrécissement situé dans la région bulbeuse. (A. Mollien, l. cit., obs. XIII, p. 38.)

19. S... (Jean), 35 ans; début du rétrécissement à l'âge de 27 ans.

Uréthrotomie interne par Broca en août 1866.

Récidive en janvier 1867 au bout de neuf mois. (A. Mollien, l. cit., obs. XIV, p. 39.)

20. B... (Jean-Pierre), 54 ans; rétrécissement blennorrhagique.

Première uréthrotomie interne en 1848 par Blandin à la Pitié. Trois ans d'amélioration.

Deuxième uréthrotomie interne en 1853 par Maisonneuve. Trois mois de bénéfice.

De 1856 à 1862 il entre à quatre reprises différentes chez Civiale et est uréthrotomisé quatre fois.

Après chaque uréthrotomie on lui passe des sondes pendant environ trois mois.

Huitième uréthrotomie interne en juillet 1866 par Desormaux.

A la fin du mois d'août, on ne peut guère lui passer que des bougies nº 14. (A. Mollien, l. cit., obs. XVI, p. 40.)

21. Jourdain (Simon), 36 ans ; rétrécissement blennorrhagique.

Uréthrotomie interne en 1861 par Voillemier à Lariboisière.

Récidive en 1864 ; fistule ; incisé trois fois par Civiale.

Le malade entre, le 12 mars 1866, dans le service de Civiale, avec deux fistules par lesquelles l'urine s'échappe.

Nouvelle uréthrotomie interne le 7 avril 1866 par Civiale. (M. Raynaud, Th. Paris, 1868, nº 60, obs. XVIII, p. 44.)

22. Chevalier (Henri), 31 ans, entre le 6 mars 1866 dans le service de Civiale ; début du rétrécissement il y a sept ans.

Deux uréthrotomies internes successives par Civiale ; récidive malgré l'usage des sondes ; miction presque impossible.

Nouvelle uréthrotomie interne le 22 mars 1866 par Civiale. (M. Raynaud, l. cit, obs. XX, p. 45.)

23. Andrieux (Jean), 50 ans, rétrécissement de la portion spongieuse.

En 1850, uréthrotomie interne par Civiale. On a incisé quatre fois la coarctation.

Récidive au bout de temps indéterminé.

Nouvelle uréthrotomie interne par Civiale en 1866. (M. Raynaud, l. cit. obs. XXI, p. 45.)

24. Parisot (Gabriel), 49 ans ; rétrécissement en 1862 ; uréthrotomie interne par Heurteloup ; après six mois, récidive.

Nouvelle uréthrotomie interne par Civiale en 1866. (M. Raynaud, l. cit., obs. XXXII, . 50.)

25. Chritiennet (Jean), 55 ans ; quatre uréthrotomies internes successives avec les uréthrotomes de différentes dimensions, jusqu'au plus gros instrument par Civiale. L'opéré quitte l'hôpital le 12 juin.

Récidive au bout du mois et nouvelle uréthrotomie interne avec le plus gros instrument. (M. Raynaud, l. cit., obs. XXXV, p. 53.)

26. Velter (Pierre), 69 ans, entré le 1er octobre 1866 dans le service de Civiale.

Ce malade a été traité il y a trois ans par le même chirurgien qui lui pratiqua l'uréthrotomie interne.

Récidive il y a trois ans et nouvelle uréthrotomie.

27. Leroy (Céleste), 56 ans ; uréthrotomie interne le 27 août 1863 par Gosselin ; le 1er septembre suivant, on passe pour la première fois une bougie en gomme ; elle entre avec facilité quoiqu'elle semble un *peu serrée* par l'urèthre ; le 2 on renouvelle l'introduction de la bougie. Celle d'hier ne pouvait passer parce qu'on ne veut pas forcer ; on en introduit une d'un calibre inférieur, qui passe avec facilité.

Le 3 septembre, exeat. (Tillaux, *De l'uréthrotomie*, Paris 1863, p. 146.)

Nous pourrions multiplier ces observations de récidive (1) ; elles sont nombreuses dans les divers mémoires

(1) Voir : 1° La thèse de TRIPIER et MALLEZ.
2° THOMPSON. Traité pratique des maladies des voies urinaires. Trad. française. Paris, 1874, p. 111 et seq.
3° DESPRÈS. Chirurgie journalière, p. 441 et seq., etc., etc.

qui traitent cette question. Quoique ne constituant pas des séries continues, elles sont excellentes pour démontrer que la récidive après l'uréthrotomie interne se montre entre quelques mois et un an, deux ans, trois ans au plus; une seule rapporte le cas d'un individu chez lequel la lésion ne reparut que dix ans après (?)

Rapprochons de ces résultats ceux fournis par les quarante-cinq uréthrotomisés internes de Voillemier (1); il n'a pu en revoir que quinze, mais il ne nous dit pas au bout de combien de temps après la section du rétrécissement.

« Chez neuf, on passe avec peine une bougie de 2 millimètres 2/3 à 3 millimètres. Deux des malades n'avaient pas continué l'usage des bougies, et cinq ne s'en étaient servis que pendant trois ou quatre mois, d'une façon très-irrégulière.

Chez cinq, je n'ai pu introduire qu'une bougie de 3 millimètres à 3 millimètres 2/3. Ils s'étaient tous servis, de bougies pendant quelques mois, mais ne pouvaient à cet égard donner des renseignements précis.

Chez un, la miction se faisait assez bien. Il m'a été possible de pratiquer le cathétérisme avec une bougie de 4 millimètres 1/3. Ce malade, ouvrier intelligent, n'avait jamais cessé de se sonder, quoiqu'à des intervalles assez irréguliers. »

Analysons de même les faits de M. Perrin (2) et nous verrons que le partisan acharné de l'uréthrotomie interne n'a pas été plus heureux que les autres à ce point de vue.

Sur quinze opérés, trois seulement ont été examinés avec soin, quelque temps après l'uréthrotomie interne.

(1) Voillemier. Loc. cit., p. 309.
(2) Bull. de la Soc. de chirurgie, 1865, t. VI, 2e série, p. 163.

1. Tambour dans la garde nationale de Paris, opéré de deux rétrécissements le 16 janvier 1862. La guérison se maintient pendant un an, puis les mêmes accidents se reproduisent.

2. Vieillard de 66 ans, opéré le 6 décembre 1862; six jours après, le canal n'admettait plus qu'un dilatateur de 4 millimètres.

3. Malade atteint d'un rétrécissement avec fistules urinaires multiples; la récidive fut très-prompte. Quinze jours suffirent pour faire perdre les bénéfices de l'opération.

Comme nous le disions plus haut, ces observations de récidive ne constituent pas des séries continues et ne sauraient par conséquent *au premier abord* avoir une grande valeur pour décider de la question qui nous occupe; mais si l'on songe que sur le grand nombre de cas d'uréthrotomies internes qui ont été pratiquées, *toutes les fois* que l'opéré a été revu, un temps suffisamment long après l'intervention, la stricture s'était de nouveau produite, il nous est permis d'affirmer que, dans tous les cas, cette règle doit être générale, et qu'un rétrécissement incisé de dedans en dehors doit revenir au bout d'un temps très court.

b. *Uréthrotomie externe.*

Les résultats ultérieurs fournis par la section externe des strictures, quoique ne permettant pas à l'uréthrotomie périnéale d'échapper entièrement au reproche de la récidive formulé par nous contre la section interne, sont *de beaucoup* plus satisfaisants dans la majorité des cas, et permettent au chirurgien l'assurance d'une guérison qui se prolongera pendant de longues années.

Nous allons rapporter quelques exemples amplement suffisants pour démontrer les avantages de la section de

dehors en dedans à ce point de vue. Nous ne les choisissons pas, ainsi qu'il sera facile de s'en rendre compte, par la lecture des observations constituant les diverses statistiques rapportées par les auteurs; nous aurons seulement soin de ne prendre que les cas où l'opéré a été revu au moins un an après l'intervention, car pour notre part, nous fondant sur ce qu'enseigne la clinique, nous ne pouvons considérer comme guéris des malades examinés quelques mois seulement après la section.

Sur les 12 opérés de Bordeaux, 6 ont été revus, mais trois seulement plus d'un an après.

1	après.	5 ans.
1	»	2 ans.
1	»	1 an.

Chez aucun la récidive n'avait encore eu lieu, mais sur les trois, deux se sondaient plus ou moins régulièrement.

Eugène Bœckel, de Strasbourg, sur 10 opérés, en retrouve trois qu'il examine.

1	après.	8 ans.
2	»	3 ans.

Les deux derniers ne présentaient aucune récidive, et cependant ils n'avaient pas eu recours au cathétérisme consécutif.

Le premier, pendant huit ans, jouit des bénéfices de l'opération, sans se sonder; quelque permanente néanmoins que la guérison parût, au bout de ce long temps, le canal se rétrécit de nouveau.

Félix Bron, de Lyon, sur vingt-quatre opérés a constaté le maintien de la cure au bout d'un temps fort long chez 16.

3	ont été revus après	. . .	1 an.
1	—	. . .	2 ans.
5	—	, . .	4 ans.
2	—	. . .	5 ans.
3	—	. . .	8 ans.
1	—	. . .	10 ans.
1	—	. . .	11 ans.

Sur ce nombre, 9 maintenaient leur guérison en se passant la sonde de temps en temps, à des intervalles généralement éloignés ; 7 sont guéris sans avoir eu même recours à cette précaution.

Dudon, de Bordeaux, qui s'est beaucoup inquiété de la récidive après l'uréthrotomie externe et qui n'a pas craint de se déplacer pour constater lui-même les résultats des opérations pratiquées par d'autres chirurgiens, confirme ces faits.

Sur 15 malades dont il rapporte l'observation, il en a retrouvé 6 plus d'un an après.

1	revu après	. . . .	6 ans.
1	—	. . . .	5 ans.
2	—	. . . .	1 an.
1	—	. . . .	7 ans.
1	—	. . . .	18 ans.

Chez tous, le canal était parfaitemnt libre; ajoutons à ces cas le fait d'un opéré de Verneuil, dont l'observation se trouve dans la thèse d'Andrade (obs. I). Dudon nous dit qu'il a été revu en 1867, dix ans après l'opération, par Verneuil, que le canal était parfaitement calibré, et que toute trace de retrécissement avait disparu.

Gouley, de New-York, rapporte plusieurs faits tous en

faveur de la récidive éloignée; il les doit à plusieurs chirurgiens qui les ont mis à sa disposition.

Ainsi Post, de l'Université de New-York, passe un cathéter volumineux dans l'urèthre d'un malade opéré vingt-trois ans avant.

Le professeur Van Buren franchit à l'aide d'un cathéter n° 11 (fil. angl.) un retrécissement traumatique sectionné vingt ans avant; chez un autre opéré depuis huit ans, le cathéter n° 12 entre dans la vessie.

Crane, de New-York, constate la guérison permanente chez deux de ses opérés, l'un douze et l'autre sept ans avant.

Un malade de Lewis, A. Sayre, voit sa guérison maintenue vingt et un ans après. Gouley lui-même constate le maintien de la liberté du canal au bout de plus d'un an, chez 10 de ses opérés.

3	revus après.	2 ans.
1	revu après. . . . ,	8 —
1	—	4 —
1	—	7 —
1	—	1 an.
1	—	1 an et 3 mois.
1	—	4 ans et 5 mois.
1	—	1 an et 5 mois.

Ces cas ne constituent pas des séries exceptionnelles, ce sont ceux de tous les opérés d'uréthrotomie périnéale revus après l'intervention ; du reste, nous en appelons au souvenir de tous les chirurgiens des hôpitaux pour reconnaître combien peu souvent ils ont à traiter de nouveau pour le même lésion récidivée les anciens uréthrotomisés externes, alors que tous les jours ils voient revenir à eux des patients traités quelques mois auparavant l'incision intra-uréthrale.

Nous devons avouer cependant pour être juste que dans quelques cas *rares* (nous en avons observé un semblable à l'hôpital Saint-André, et l'on en trouvera de pareils rapportés dans nos différentes observations), nous devons avouer, disons-nous, que la coarctation incisée par le périnée peut récidiver très-rapidement; mais ces faits contradictoires et peu communs n'infirment pas la règle générale de la persistance plus durable de la guérison après la section externe qu'après la section interne. La première conserve donc tous ses avantages sur la seconde et justifie de nouveau à ce point de vue la préférence que nous voudrions lui voir accordée par l'opérateur soucieux de l'intérêt du malade.

Nous ne sommes pas le seul à penser ainsi et nous pourrions appuyer notre opinion de beaucoup de noms autorisés; déjà dans notre historique nous en avons mentionné plusieurs. Nous nous contenterons de citer en dehors de ceux-là, Rizzoli, de Bologne, qui trouve la plus sérieuse contre-indication de l'uréthrotomie interne dans la récidive rapide se montrant après son emploi. « ... J'estime, dit-il, que les applications de l'uréthrotomie (interne) doivent être limitées, parce qu'elle n'est pas exempte de dangers, et que dans bien des cas le mal se reproduit après l'opération à un degré plus avancé. J'ai eu dernièrement l'occasion d'observer un malade qui peut servir à démontrer ce que j'avance. C'était un homme robuste et bien constitué, qui souffrait depuis plusieurs années d'un retrécissement du canal de l'urèthre produit par des tissus fibreux sous-muqueux. Il avait déjà été opéré plusieurs fois par des chirurgiens distingués, qui avaient employé sur lui les moyens les plus préconisés. La dernière opération remontait à quelques mois et déjà la récidive était telle que les urines ne pouvaient plus être émises que goutte à goutte et encore

avec des efforts violents; la vessie se vidait incomplétement et avait acquis un volume considérable; ce fut alors qu'il réclama mon intervention, décidé qu'il était à subir l'uréthrotomie externe, pourvu qu'elle le délivrât de ses souffrances (1). »

Depuis le jour où ces lignes ont été écrites, l'illustre professeur n'a pas modifié son opinion ; au contraire, et dans une lettre qu'il nous a fait l'honneur de nous adresser, le 10 mai 1877, il dit : « Les conséquences graves, les récidives nombreuses et rebelles que j'ai traitées à la suite de l'uréthrotomie interne faite dans des cas même très-simples, malgré l'habileté des opérateurs, n'ont fait que corroborer mon opinion sur la valeur de cette opération, et ont raffermi la conviction que j'ai exprimée dans mon ouvrage. »

Bumstead, de New-York (2), cependant partisan de l'uréthrotomie interne, a également observé la récidive qu'il considère, lui aussi, comme devant toujours être la règle générale après l'incision intra-uréthrale,car « il est évident, dit-il, que le tissu de nouvelle formation ne disparaît jamais complétement, en supposant même qu'il soit diminué. Bien plus la lésion reviendra nous désappointer, alors que nous étions en droit d'espérer mieux. » Comme Rizzoli, il cite le cas d'un opéré chez lequel il a sectionné deux rétrécissements de la portion libre de la verge avec l'instrument de Maisonneuve. Malgré l'emploi du cathétérisme fait par lui-même, la tendance à la recontraction était déjà si marquée, qu'il fût obligé de recourir de nouveau à la section.

Les partisans de la section intra-uréthrale, pour expli-

(1) Rizzoli. Clinique chirurgicale. Paris, 1872, p. 369.
(2) The American Journ. of the med. sc., october 1868, p, 331.

quer la récidive, se sont rejetés sur le fait de la section incomplète de l'anneau fibreux constricteur. Cette raison perd toute sa valeur du moment que Reybaud lui-même l'a observé après ses grandes incisions. Il faut plutôt la chercher dans le respect de la peau, et par suite dans la résorption difficile des productions néo-plasiques sous-jacentes à la muqueuse. Peut-être aussi la disposition de la cicatrice résultant de l'incision intra-uréthrale n'est-elle pas pour rien dans la contraction nouvelle. C'est, en effet, en étudiant sa manière d'être après l'incision périnéale que W. Roser (1) explique la persistance plus durable de la guérison dans ce procédé.

« La crainte, écrit-il, de voir la contraction cicatricielle reproduire le rétrécissement, ne peut guère nous empêcher de faire cette opération, attendu qu'il y a tout lieu d'espérer de cette contraction plutôt *une dilatation* qu'un rétrécissement de l'urèthre après l'uréthrotomie externe. En effet, lorsque la plaie périnéale béante vient à se cicatriser, la cicatrice, à mesure qu'elle se forme, donne lieu à une traction qui s'exerce du périnée sur l'urèthre, et qui peut bien agir en dilatant l'endroit rétréci. Les figures suivantes peuvent servir

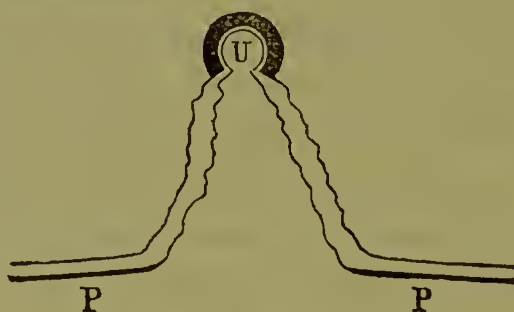


FIGURE 1.

à faire comprendre ce mécanisme. Si U représente l'urèthre

(1) W. ROSER. Eléments de pathologie chirurgicale spéciale et de méd. opér., trad. franç. Paris, 1870, p. 474.

fendu (sur une coupe transversale), et PP les deux moitiés du périnée fendu, UP sera la ligne de suppuration entre la peau du périnée et la muqueuse de l'urèthre. Or, si cette ligne de suppuration vient à se raccourcir, la muqueuse uréthrale éprouvera une traction dilatatrice de haut en bas. — Encore la contraction cicatricielle dans le sens de la longueur ne peut qu'être favorable à la guérison du rétrécissement. La figure suivante représente (sur une coupe longitudinale) une des moitiés latérales de la plaie produite par une uréthrotomie externe.

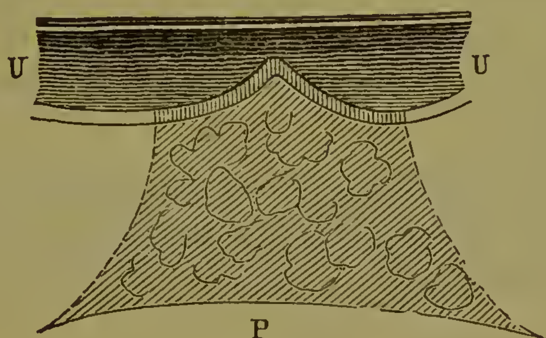


FIGURE 2.

Si l'on se figure ici la contraction cicatricielle agissant dans la direction d'avant en arrière, les bords de la muqueuse correspondant au rétrécissement fendu se rapprochent l'un de l'autre, l'endroit rétréci qui a été divisé se couvre d'avant en arrière d'un revêtement membraneux, et ainsi le rétrécissement lui-même est corrigé. »

Malgré le dire du chirurgien de l'Université de Marbourg, nous ne saurions avoir une absolue confiance dans cette théorie mathématique d'après laquelle un rétrécissement incisé de dehors en dedans devrait plutôt avoir des tendances à la dilatation qu'à la contraction nouvelle ; d'ailleurs la clinique, plus puissante que tous les raisonnements, se charge de donner un démenti formel à cette façon de juger, et tout praticien, avant d'affirmer une guérison

permanente, devra se rappeler ce fait d'Eugène Bœckel, dans lequel le rétrécissement s'est reproduit huit ans après la section. Il suffit, à lui seul, à nous montrer combien nous devons nous tenir en garde contre les affirmations de ceux qui prétendent une coarctation guérie, parce qu'une sonde franchit aisément le point rétréci au bout de quelques années.

Quoi qu'il en soit, le fait acquis, le fait utile pour nous, est de savoir que la récidive toujours fatale au bout de quelques mois (dans la majorité des cas) après la section interne, ne s'établit que très–tardivement après la section externe, et quelquefois même semble ne devoir jamais plus se produire (faits de Post, van Buren, Sayre, observés 23, 20, 21 ans après).

Le chirurgien, à notre avis, ne saurait en toute justice hésiter à accorder au patient les bénéfices fournis par une opération aussi bénigne que l'uréthrotomie externe.

CHAPITRE V.

Résultats généraux fournis par la méthode sanglante au point de vue de la mortalité. — Conclusions.

Arrivé au dernier chapitre de ce travail et désirant établir un parallèle entre les deux procédés de la méthode sanglante au point de vue de la mortalité, nous sommes obligé de reconnaître qu'au premier abord les chiffres seuls en laissant l'avantage à l'uréthrotomie interne sur l'uréthrotomie externe nous donnent tort et semblent devoir

expliquer et justifier la préférence accordée de nos jours à la première.

En effet, 915 sections internes ont fourni 46 morts, ce qui donne seulement une mortalité de 5 p. 100.

Sur 992 sections périnéales, nous comptons, au contraire, 88 morts, soit une mortalité de 8,87 p. 100.

Cette différence entre les deux opérations, quoique minime, est cependant à l'avantage de la division interne des strictures ; mais elle disparaîtra bientôt si, poussant l'examen plus loin et laissant de côté les chiffres bruts, nous cherchons à nous rendre compte des raisons de cette supériorité de l'uréthrotomie interne qui, hâtons-nous de le dire, n'est qu'apparente ; la léthalité moins grande de cette opération trouve, en effet, son explication dans l'étude des conditions qui ont réclamé l'intervention sanglante.

D'une part, des malades atteints d'un rétrécissement rebelle à la dilatation, sans complications du côté des voies génito-urinaires, jouissant d'un état général excellent (nous parlons *de la majorité des cas*, sans oublier que chez *quelques rares patients*, l'uréthrotomie interne a été pratiquée dans des conditions autres que celles auxquelles nous faisons allusion).

De l'autre, des individus arrivés au dernier degré du marasme, atteints de lésions inflammatoires chroniques de la vessie et des reins, d'infiltration d'urine et de phénomènes fébriles graves.

Voilà les conditions qui expliquent largement déjà la différence dans les résultats obtenus. Ajoutez-y que l'incision intra-uréthrale est très-souvent employée contre les rétrécissements siégeant dans la portion de l'urèthre antérieure au bulbe, c'est-à-dire dans les cas peu graves, tandis qu'au contraire, à la section périnéale, ne reviennent que les strictures profondément situées dans le canal, et

vous comprendrez alors que la seconde a pu provoquer la mort plus souvent que la première.

Pour mieux s'éclairer sur ce que nous avançons, il suffit de lire les observations que nous avons rapportées, il suffit de comparer entre elles les causes de la mort dans les deux opérations, et l'on arrivera vite à cette conclusion que les cas de mort pouvant être mis sur le compte de l'uréthrotomie externe seule sont excessivement rares. En ne gardant que ces faits, comme nous croyons devoir le faire pour rétablir l'égalité entre les résultats, nous verrons la mortalité baisser d'une façon considérable et devenir moindre que celle de l'uréthrotomie interne.

Sur nos 121 cas rapportés in extenso, 11 fois la mort s'est produite et dans 3 cas seulement l'opération était responsable de la terminaison fatale.

Sur les 39 cas des chirurgiens de Leeds mentionnés par Atkinson, il y eut 7 morts dont 2 doivent être rayés ; il en reste 5 que nous conservons, sans pouvoir affirmer qu'ils soient imputables à l'opération elle-même, à cause du défaut d'observations.

Les chirurgiens américains pratiquent 345 uréthrotomies externes et obtiennent 41 morts dont il faut défalquer 22 terminaisons fatales, par lésions avancées des reins ou de la vessie ; il nous reste alors comme proportion véritable 19 morts.

Sur les 31 cas cités par Dudon, 2 ne reviennent pas à l'opération ; il reste alors 6 cas de mort.

Pour ces raisons, le chiffre 88, exprimant la mortalité primitive fournie par 992 sections périnéales, doit être réduit à 30, nombre réel des morts imputable à l'uréthrotomie externe et, au lieu de 8,87 0/0, nous obtenons 3,02 0/0.

Ainsi que nous le disions au début de cet article, la mor-

talité de la section externe est moins élevée que celle de la section interne; mais cependant pour rester absolument impartial, dans le parallèle établi entre les deux opérations, nous devons retirer du nombre des morts causées par l'uréthrotomie interne 7 terminaisons fatales dans les observations de Guyon. Dans ces faits la mort fut causée par des lésions rénales ou une cachexie avancée. La mortalité de 46 s'abaisse ainsi à 39 sur 916 opérations et la léthalité générale au lieu d'être comme primitivement de 5 0/0, devient 4,25 0/0, chiffre supérieur à celui donné par l'uréthrotomie externe.

Nous ne nous croirions pas suffisamment autorisé à avancer ces différentes affirmations si la clinique elle-même n'était là pour nous donner raison. Il s'est trouvé en effet deux chirurgiens, qui faisant une méthode générale de la division externe des rétrécissements uréthraux, l'ont appliquée aux mêmes cas que ceux pour lesquels on réserve habituellement l'incision intra-uréthrale. Ceux-là sont Syme, d'Edimbourg, et Félix Bron, de Lyon. Qu'est-il arrivé ?

La mortalité a tout de suite baissé d'une façon considérable ou même est devenue nulle.

Ainsi le chirurgien anglais fait 108 sections périnéales et n'inscrit que 2 morts dont une d'infection purulente et l'autre de péritonite à la suite de perforation de la vessie causée par la pression du cathéter métallique à demeure ; le chirurgien français ouvre le périnée à 75 rétrécis et pas une seule fois il n'a regretté une issue fatale. Ces faits étranges, en apparence, par la dissemblance des résultats obtenus, s'expliquent très-bien, et la bénignité de l'opération deviendra la règle générale le jour où tous les opérateurs, revenus de leurs craintes imaginaires des dangers offerts par la section périnéale, oseront imiter la conduite des

deux chirurgiens précédents et lui donner la préférence sur sa rivale, la section intra-uréthrale qui, même dans des cas simples, fait courir des dangers terribles aux patients. Comparez en effet les rétrécissements traités par Syme et Bron à l'aide de l'uréthrotomie externe avec ceux traités au moyen de la section interne par Otis et Gouley, de New-York.

Sur les 115 cas de ces opératenrs, toutes les strictures, sauf une seule, siégeaient dans la région de l'urèthre antérieure au bulbe, c'est-à-dire dans la partie la plus accessible du canal. Ils ne sont donc pas comparables, sous le rapport de la gravité, à ceux des deux autres opérateurs, et cependant il y eut quatre fois des hémorrhagies épouvantables pour lesquelles le chirurgien fut sur le point de recourir à la section périnéale.

En enlevant ainsi à l'uréthrotomie interne et à l'uréthrotomie externe les morts dépendant des conditions antéopératoires fatales, quelles sont celles dont nous pourrons rendre chaque procédé responsable?

Nous avons déjà quelque peu insisté sur ce point dans notre chapitre sur l'*infection purulente* et montré que la section intra-uréthrale tue par hémorrhagie, par infiltration urineuse et par fièvre urineuse, tandis que la section périnéale entraîne la mort par infection purulente, érysipèle, pourriture d'hôpital.

Or, ainsi que nous l'avons dit ailleurs, toutes ces complications sous la dépendance du développement des germes infectieux dans l'air des hôpitaux ont été supprimées le jour où le pansement antiseptique de Lister est entré dans la thérapeutique chirurgicale, et nous sommes autorisé à dire que la mortalité de l'uréthrotomie externe, déjà moindre que celle de l'uréthrotomie interne, deviendra dès lors complétement nulle.

Nous ne voulons pas terminer ce travail, dans lequel nous nous sommes efforcé de démontrer la supériorité de l'uréthrotomie externe sur la section intra-uréthrale, sans proclamer hautement que la dilatation peut et doit être, dans la très-grande majorité des cas, préférée à la méthode sanglante, qui pour nous est seulement applicable aux cas exceptionnels.

Notre opinion s'appuie sur les faits observés par nos maîtres de Bordeaux, Oré, Lande et Poinsot.

Le premier, dans sa pratique étendue, ne s'est jamais trouvé dans la nécessité d'avoir recours à l'instrument tranchant.

Lande et Poinsot n'ont dû employer la méthode sanglante que cinq fois dans des cas de rétrécissements impossibles à traiter par la dilatation.

Nous jugeons inutile d'insister sur les avantages de la dilatation (1) qui ont été largement démontrés à toutes les époques de l'histoire de la thérapeutique des coarctations uréthrales et plus particulièrement de nos jours par Dolbeau, Després, Léon Lefort et Tillaux.

(1) Voir à ce sujet la thèse inaugurale de Curtis de New-York. Thèses de Paris.

CONCLUSIONS.

L'étude attentive et impartiale des faits qui précèdent justifie et légitime les conclusions suivantes :

I. L'uréthrotomie interne, considérée actuellement comme une opération bénigne et efficace, est au contraire dangereuse au point de vue de la vie du patient et inutile au point de vue du bénéfice apporté.

II. L'uréthrotomie externe, jusqu'à présent considérée comme une opération grave, est au contraire d'une innocuité absolue et d'une efficacité plus durable au point de vue de la récidive.

III. L'uréthrotomie externe doit donc remplacer l'uréthrotomie interne dans les cas où celle-ci est indiquée, sauf cependant dans les cas de retrécissements de la portion libre de l'urèthre dans lesquels on pourra y avoir recours, bien qu'elle soit encore susceptible de provoquer des accidents graves.

IV. La dilatation lente progressive reste la méthode générale de traitement des coarctations uréthrales.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Faculté de Médecine, r. M.-le-Prince, 29-31

